

réponse au traitement. Des essais prospectifs sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2018.07.058>

CO-T09

Impact de l'obésité en transplantation rénale en France : étude de cohorte prospective à partir des registres Rein et Cristal entre 2008 et 2014

C. Grèze^{1,*}, C. Garrouste¹, B. Pereira², J. Aniot¹, A.E. Heng¹

¹ Service Néphrologie, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, France

² Service DRCI biostatistique, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : clarisse.gr@hotmail.fr (C. Grèze)

Introduction En transplantation rénale, les conséquences de l'obésité sur la survie du patient et du greffon demeurent incertaines. L'objectif de cette étude est de comparer la survie du patient et du greffon et les complications post transplantation rénale entre obèses et non obèses et d'évaluer l'impact d'une perte de poids pré-greffe des sujets obèses sur les résultats post-transplantation. **Patients/Matériels et méthodes** Nous avons mené une étude de cohorte prospective à partir des registres REIN et CRISTAL sur 12 094 patients transplantés rénaux entre 2008 et 2014 en France. Nous avons comparé les patients obèses aux patients non obèses et les obèses ayant perdu plus de 10 % de poids avant la greffe (OPP) aux patients obèses à poids stable (OPS).

Observation/Résultats La survie du patient est comparable entre obèses et non obèses (HR=0,97, IC 95 % [0,79 ; 1,9], $p=0,10$) mais les sujets obèses, comparés aux non obèses, ont une moindre survie du greffon (HR=1,41, IC 95 % [1,18 ; 1,69], $p<0,001$), plus de risque de retard à la reprise de fonction (OR=2,10, IC 95 % [1,73 ; 2,42], $p<0,001$), de rejet aigu (OR=1,37, [1,14 ; 1,63], $p<0,001$), de diabète post-greffe (OR=1,33, [1,16 ; 1,52], $p<0,001$) et leur durée d'hospitalisation est plus longue (coefficient de régression=0,92, IC 95 % [0,26 ; 1,58], $p<0,001$). Chez les OPP, comparés aux OPS, la survie du patient est diminuée (HR=1,50, IC 95 % [1,001 ; 2,254], $p=0,049$), ainsi que la survie du greffon (HR=1,74, IC 95 % [1,24 ; 2,43], $p=0,001$). Les OPP ont autant de complications post-greffe que les OPS et leur durée d'hospitalisation est plus longue (coefficient de régression=2,97, IC 95 % [1,45 ; 4,48], $p<0,001$).

Discussion Nos résultats sur la survie du patient sont en accord avec les données récentes de la littérature qui retrouvent une survie du patient similaire chez les sujets obèses comparés aux non obèses. Dans notre travail, la perte de poids avant greffe est délétère sur les résultats post-transplantation chez les sujets obèses. Ceci pourrait être en partie secondaire à la durée de dialyse avant transplantation, plus longue chez les OPP que chez les OPS (3 [2 ; 6] versus 3 [2 ; 4] ans, $p<0,001$).

Conclusion L'obésité ne semble pas être un facteur de risque de surmortalité après transplantation rénale. Et la perte de poids pré greffe chez les sujets obèses est délétère tant sur la survie du patient que sur la survie du greffon et ne semble donc pas recommandée. **Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2018.07.059>



CO-T10

Une baisse rapide de l'immunosuppression réduit la durée de la virémie BK virus chez le patient transplanté rénal, mais augmente le risque d'émergence d'anticorps spécifiques du donneur (DSA) de novo

A. Devresse^{1,*}, C. Tincl², A. Vermorel², L. Morin², V. Avettand-Fenoel², L. Amrouche², J. Zuber², C. Legendre², M. Rabant², D. Anglicheau²

¹ Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussels, Belgique

² Hôpital Necker-Enfants Malades, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arnaud.devresse@uclouvain.be (A. Devresse)

Introduction Si la minimisation de l'immunosuppression (IS) constitue le traitement de référence de la virémie à BK virus (VBK) après transplantation rénale (TR), ses modalités sont inconnues.

Patients/Matériels et méthodes Il s'agit d'une étude rétrospective de 112 transplantés rénaux entre 04/2007 et 08/2015 ayant eu au moins 2 virémies plasmatiques positives ($>2,7 \log_{10}$) consécutivement. La cohorte a été divisée en 2 groupes : un groupe de monitoring et de réduction moins intensive (gRMI, $n=58$) avant 2012 et un groupe de monitoring et de réduction intensive (gRI, $n=54$) après 2012.

Observation/Résultats Les caractéristiques démographiques et immunologiques à la TR étaient similaires. Le nombre de PCR sanguines réalisées durant la première année était plus élevé dans le gRI vs le gRMI (15 vs 3, $p<0,001$). La VBK apparaissait plus tôt dans le gRI vs le gRMI (99 vs 151 jours, $p=0,033$), était plus intense (pic 5,4 vs 4,6 $\log_{10}$, $p=0,023$), mais plus courte (105 vs 384 jours, $p<0,001$). Au moment de la VBK, la dose journalière d'acide mycophénolique (MPA, $p=0,151$) et les concentrations de tacrolimus (Tac, $p=0,863$) étaient similaires dans les 2 groupes. Le gRI vs le gRMI se caractérisait par un délai de réduction de 50 % de la dose de MPA (16 vs 39 jours, $p=0,063$) et un délai d'arrêt du MPA (43 vs 92 jours, $p=0,057$) plus courts et des taux de Tac 3 mois après la VBK plus bas (5,3 vs 6,3 ng/mL, $p=0,006$). Un an après la VBK, l'incidence de perte de greffon (4 % vs 4 %), de rejet aigu (22 % vs 17 %) et le débit de filtration glomérulaire estimé (45 vs 45 mL/min/1,73 m²) étaient similaires dans le gRI et le gRMI respectivement, mais l'incidence de DSA de novo était plus élevée dans le gRI (18 % vs 4 %, $p=0,040$) et la survie à 1000 jours sans DSA de novo était plus faible dans le gRI (log-rank, $p=0,067$).

Discussion/Conclusion La minimisation intensive de l'IS réduit le temps de virémie à BK, n'améliore pas le pronostic rénal à moyen terme et est associée à une incidence augmentée de DSA de novo.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2018.07.060>

CO-T11

Caractéristiques des centres de greffe associées à la greffe rénale avec donneur vivant en France : une analyse hiérarchique avec un modèle multiniveau

V. Châtelet^{1,*}, P. Gatault², M. Hazzan³, D. Anglicheau⁴, G. Launoy⁵, T. Lobbedez¹, B. Moulin⁶

¹ Centre universitaire des maladies rénales, CHU Caen, Caen, France

² Service de néphrologie et immuno clinique, CHRU Bretonneau, Tours, France

³ Service de néphrologie-transplantation, CHRU de Lille, Lille, France

⁴ Service de néphrologie-transplantation adultes, hôpital universitaire Necker, Paris, France

