

Programme	Échange interprovincial d'organes : reins PHI et DCR
Titre	Politique CTR.80.002 – Spécificités d'anticorps exclues pour l'attribution (croisement acceptable d'antigènes ou CAA)
Version (date)	V7.0, 23 mai 2024
Responsable de la politique	Directrice intérimaire DGOT, Peggy John
Révision	Comité consultatif sur la transplantation rénale, Comité consultatif national HLA, Comité consultatif des administrateurs pour le don et la transplantation, Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes
Approbation	Comité consultatif sur la transplantation rénale, Comité consultatif national HLA, Comité consultatif des administrateurs pour le don et la transplantation, Comité consultatif sur les dons d'organes de personnes vivantes
Approbation provinciale ou territoriale	Complète
Date d'entrée en vigueur	4 décembre 2024

CAA pour les patients HYPERIMMUNISÉS : LIGNE DIRECTRICE CLINIQUE

Objectif

Le Programme de don croisé de rein (DCR) et le Programme des patients hyperimmunisés (PHI) ont pour but de trouver des possibilités de greffe pour les patients en attente d'un rein. Pourtant, malgré ces registres, un certain nombre de candidats ne trouvent pas de donneur compatible en raison d'un PRAc très élevé compris entre 99 et 100 %. À l'intention des programmes de transplantation qui souhaitent trouver d'autres solutions pour ces patients, le présent document décrit les protocoles et les recommandations à utiliser pour trouver des antigènes qui peuvent être croisés.

Politique

1. Adéquation du receveur pour la prise en compte du CAA

- 1.1 La prise en compte du CAA doit s'aligner sur la politique et les pratiques cliniques locales.
- 1.2 Il revient aux programmes locaux d'identifier les candidats à la transplantation sur leur liste d'attente qui pourraient du CAA.
- 1.3 Les patients à prendre en compte pour le CAA peuvent être inscrits soit au DCR, soit au PHI, soit aux deux.
- 1.4 La recommandation initiale consiste à commencer avec les patients ayant un PRAC $\geq 99,0$ % et inscrits aux programmes DCR et PHI.

2. Procédures

- 2.1 Le laboratoire HLA doit enregistrer le CAA.
- 2.2 Pour chaque spécificité, le laboratoire HLA doit préciser toutes les raisons d'une telle désignation.

3. CAA pour le programme PHI

- 3.1 L'admissibilité au programme PHI se base sur un PRAC corrigé $\geq 94,50$ % ou un PRAC non corrigé $\geq 94,50$ %.
- 3.2 Le PRAC corrigé est le PRAC après le CAA, et il est pertinent dans le présent processus d'attribution si l'offre exige l'utilisation de telles spécificités d'anticorps.
- 3.3 Le PRAC non corrigé est le PRAC sans aucun CAA.
- 3.4 Le PRAC corrigé doit être $\geq 94,50$ % pour que le candidat reste admissible au programme PHI.
- 3.5 Si le CAA est activé pour le programme PHI, le groupe sanguin, le typage HLA et d'autres filtres de jumelage facultatifs des candidats doivent rester les mêmes, que le PRAC soit corrigé ou non corrigé. Consulter la politique CTR.50.003 HSP – Jumelage et priorisation pour connaître les règles détaillées de priorisation du programme PHI.

- 3.6 Si le CAA est activé pour le programme PHI, un candidat ayant un PRAC non corrigé doit être prioritaire par rapport à un candidat ayant un PRAC corrigé de la même valeur. Consulter la politique CTR.50.003 Patients hyperimmunisés – Jumelage et priorisation pour connaître les règles détaillées de priorisation du programme PHI.
- 3.7 Dans le cas d'un PRAC corrigé, le PRAC le plus élevé a priorité sur un PRAC inférieur.
- 3.8 Dans le cas d'un PRAC corrigé, le PRAC le plus élevé a priorité sur un PRAC inférieur.
- 3.9 Consulter les Lignes directrices relatives au CAA pour connaître les dernières recommandations.

4 CAA pour le programme DCR

- 4.1 Dans le cas du DCR, si le PRAC corrigé est < 94,5 %, le candidat ne bénéficie pas des points de jumelage « Hyperimmunisé (PRAC ≥ 94,5 %) ».

5 Données sur l'issue de la transplantation

- 5.1 Le Comité consultatif national HLA et le Comité consultatif sur la transplantation rénale réexaminent au moins deux fois par an les données relatives au CAA.
- 5.2 Les données sur l'issue de la transplantation sont requises aux moments suivants : 1 semaine, 2 semaines, 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois.
- 5.3 Voici les principales informations requises sur l'issue de la transplantation pour un receveur PHI et DCR :

a. DSA (nouveaux et pré-existants) et MFI :

- i. Le jour de la transplantation
- ii. Aux semaines 1 et 2 après la transplantation
- iii. Des échantillons sériques sont à prélever aux intervalles suivants en vue d'autres analyses éventuelles :
 - Mois 1, 3, 6 et 12 après la transplantation
 - Un an après la transplantation
- iv. Au moment de la biopsie d'indication



- v. En cas de suspicion clinique de rejet
- vi. Au moment du diagnostic de rejet lié à la présence d'anticorps (AMR)
- b. Valeur absolue du crossmatch virtuel
- c. Biopsie de protocole à 3 mois, sauf si elle a été réalisée dans les 8 semaines
- d. Biopsie d'indication à n'importe quel moment pour les raisons suivantes :
 - i. Apparition de nouveaux DSA
 - ii. Récurrence de DSA historiques qui n'étaient pas présents au moment de la transplantation
 - iii. Augmentation importante des DSA; selon la consultation avec le laboratoire HLA
 - iv. Si DFG_e \leq 20 ml/min 6 à 8 semaines après la transplantation et si aucune biopsie réalisée dans les 2 à 4 semaines précédentes; en l'absence d'autres indicateurs d'une greffe défaillante
 - v. Reprise retardée de fonction du greffon selon le standard du centre, idéalement dans les 7 à 10 jours qui suivent la transplantation
 - vi. Toute autre indication clinique, selon le médecin traitant
- e. Virémie BK dans les 12 premiers mois nécessitant un changement dans la prise en charge clinique de l'immunosuppression
- f. AMR avéré par biopsie
- g. Rejet chronique actif lié à la présence de cellules T
- h. Créatinine sérique
 - i. Semaine 1, 2, 3
 - ii. Mois 1, 3, 6, 12
 - iii. Une fois par an
 - iv. Au moment du diagnostic d'AMR et 1 mois après la transplantation
- i. Reprise retardée de fonction du greffon (définie comme nécessitant au moins 2 traitements de dialyse dans les premiers 7 à 10 jours; sans compter la séance unique en cas d'hyperkalémie et/ou d'hyperhydratation)
- j. Rejet de greffe et cause, le cas échéant

- k. Décès du patient et cause, le cas échéant
- l. Informer la Société canadienne du sang selon le processus d'affaires habituel si le rein est transplanté à un autre receveur non prévu

5.4 Le Comité consultatif sur la transplantation rénale peut travailler avec des programmes cliniques de transplantation pour garantir l'entrée de ces données dans le sondage envoyé par le Registre canadien de transplantation et le programme d'échange interprovincial d'organes.

5.5 Le Comité consultatif national HLA et le Comité consultatif sur la transplantation rénale examineront régulièrement les données sur les résultats du CAA et discuteront des cas complexes qui pourraient survenir.

6 Révision

6.1 Cette politique peut être révisée sur recommandation du Comité consultatif national HLA ou du Comité consultatif sur la transplantation rénale.

Historique des versions		
Version	Date	Commentaires et modifications
V7.0	23 mai 2024	Révision de la surveillance des données à l'issue de la transplantation d'après l'examen réalisé lors de la réunion du Comité consultatif national HLA, 2 mai 2024, et d'après les Lignes directrices relatives au CAA
V6.0	8 février 2023	Révision d'après l'examen réalisé lors de la réunion en personne du Comité consultatif national HLA, 8 et 9 février 2023
V5.0	19 septembre 2019	Révision d'après l'examen réalisé lors de la téléconférence du Comité consultatif national HLA, 19 septembre 2019
V4.0	22 mars 2019	Révision d'après l'examen réalisé lors de la téléconférence du Comité consultatif sur la transplantation rénale, 22 mars 2019
V3.0	17 janvier 2019	Révision d'après l'examen réalisé lors de la téléconférence du Comité consultatif national HLA, 17 janvier 2019
V2.0	27 novembre 2018	Révision d'après les commentaires de la présidence.

V1.0	9 mai 2017	Version originale. Révision lors de la réunion en personne du Comité consultatif national HLA et du Comité consultatif sur la transplantation rénale. Révision d'après les commentaires de la présidence, 24 septembre 2018
------	------------	---

Références
Document de discussion HLA 2016-001 – Définitions du CAA