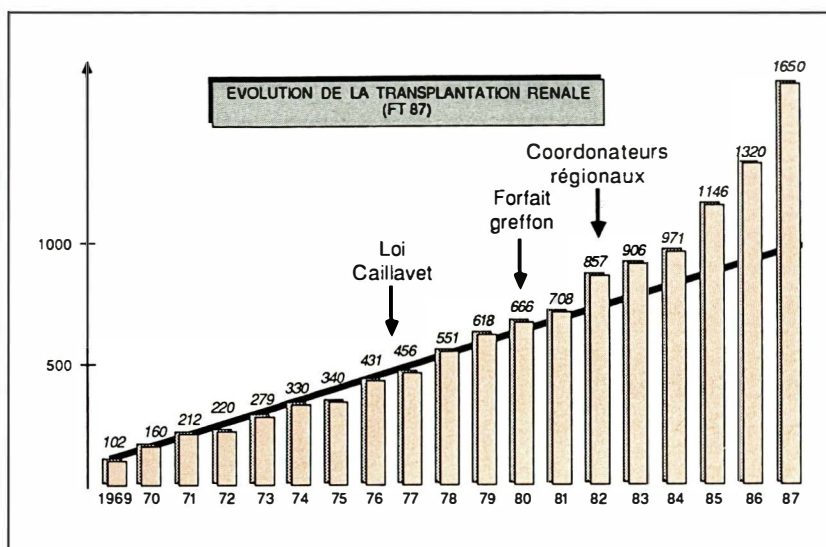


Summary

The diabetic long term complications are dependent on the chronic hyperglycemia. To improve the metabolic control in insulin-dependent diabetes, various surgical graft techniques have been proposed. The first pancreas transplant was performed with the whole pancreas and duodenum. Then segmental pancreatic grafts were used. The exocrine secretions can be suppressed by ductal ligation or injection with neoprene, or derived by enteric bladder drainage. The grafts are essentially limited to patients with end stage renal disease, necessitating simultaneous kidney transplant. However, the grafts in these high risk patients entails high morbidity and mortality. The treatment by conventional immunosuppressive therapy as ciclosporine A and azathioprine is necessary. These difficulties explain the new approach by islet cell transplantations. The free islet cell transplantation is limited by the inability to isolate sufficient number of islet to sustain a reversal of hyperglycemia. Moreover this technics necessitates to use immunosuppressive therapy. The new concept of « bioartificial pancreas » allows an immunological protection and the use of xenografts. The islet cells are separated from the internal medium by physical barrier. The diffusion (chambers, microfibers, microencapsulated islets) or the ultrafiltration are used. These different techniques are encouraging and the progressive improvement in functional graft survival should extend the pancreas graft indications.

Un développement exponentiel des transplantations cardiaques, hépatiques, pancréatiques



La pratique du prélèvement multi-organe, les succès spectaculaires de survie des greffes — apparus avec l'ère de la ciclosporine, puissant immunosuppresseur — la meilleure définition des indications ont présidé à l'expansion considérable de ces types de greffes.

Des transplantations doubles (rein/pancréas) (cœur/poumon) se sont récemment développées. Si un équilibre par rapport à la demande semble atteint pour les transplantations hépatiques, les estimations pour les autres organes, surtout les transplantations cardiaques mettent en évidence une large proposition d'indications encore non satisfaites.

La plupart des transplantations, quel que soit l'organe greffé,

connaissent des résultats en amélioration constante avoisinant 70 % de survie du greffon à long terme. Surtout en cas de pré-immunisation (anticorps HLA développés après transfusions, grossesse ou rejet de greffes antérieures), il est recommandé de respecter la compatibilité HLA A, B, DR : un gain de 25 % peut être noté entre les greffes les plus compatibles (5 ou 6 antigènes partagés) et les plus incompatibles (pas d'antigène partagé entre donneur et receveur) dans la série de transplantation rénale de France-Transplant, quelle que soit la largeur de l'anticorps (anticorps actif contre un nombre plus ou moins grand de déterminants antigéniques).

J. Hors

Remerciements

Je remercie pour leurs conseils les docteurs J.J. Altman et P. Teillac.

FT = France-Transplant