Collège de Pathologie Respiratoire d'Alsace

Strasbourg, 23 octobre 2010

Quand penser à la greffe : Fibrose Pulmonaire Idiopathique

Sandrine HIRSCHI

Groupe de Transplantation Pulmonaire

de Strasbourg

Fibrose pulmonaire idiopathique

- Définition : Selon critères ATS - ERS 2001 des Pneumopathies interstitielles idiopathiques

UIP

NSIP

COP

RBILD

DIP

LIP

AIP

Fibrose pulmonaire idiopathique

- Imagerie typique

- Ou histologie de type UIP

1- Pourquoi greffer la FPI ?

- Médiane de survie de la FPI (UIP) :
  2.5 à 3.5 ans après diagnostic

- PINS fibreuse = survie proche

(Consensus idiopathic interstitial Pneumonia - ATS - ERS 2001)

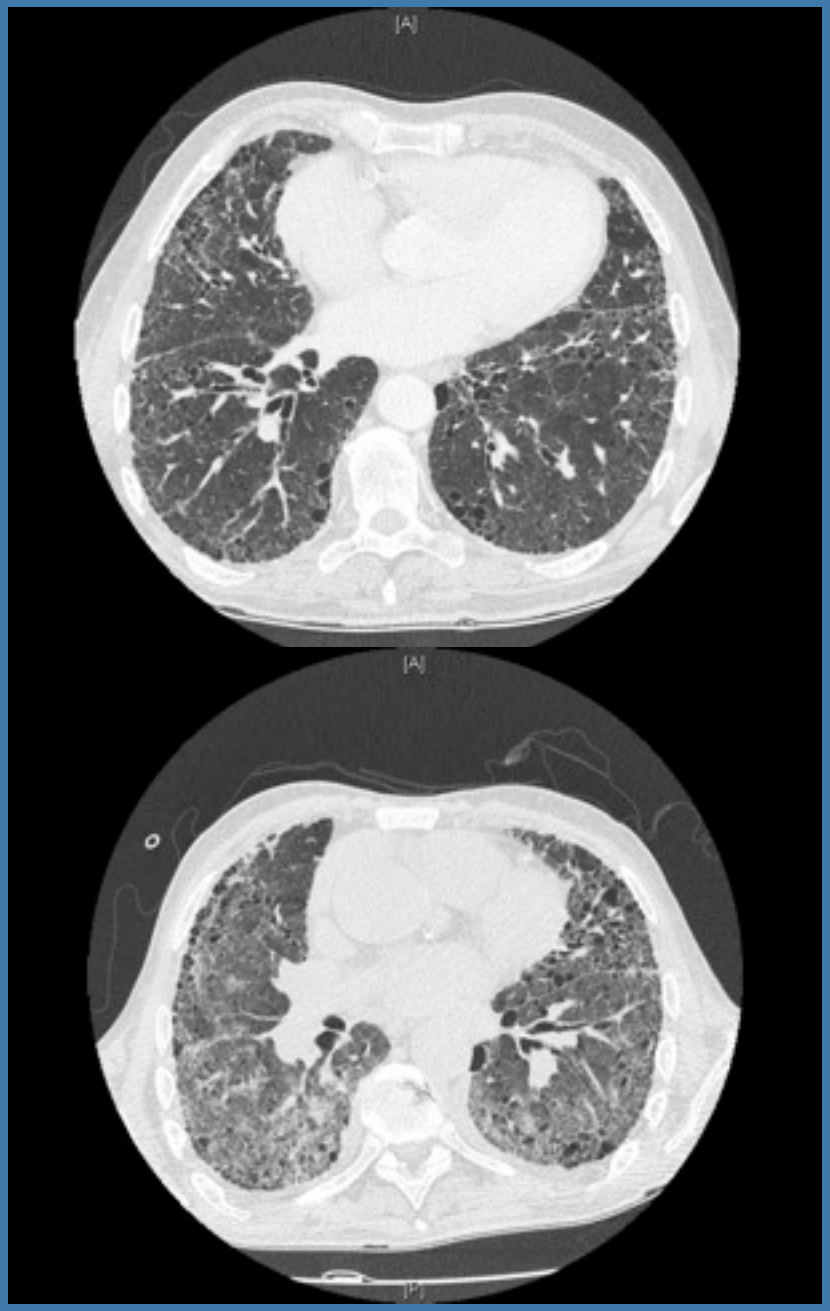
- Exacerbation

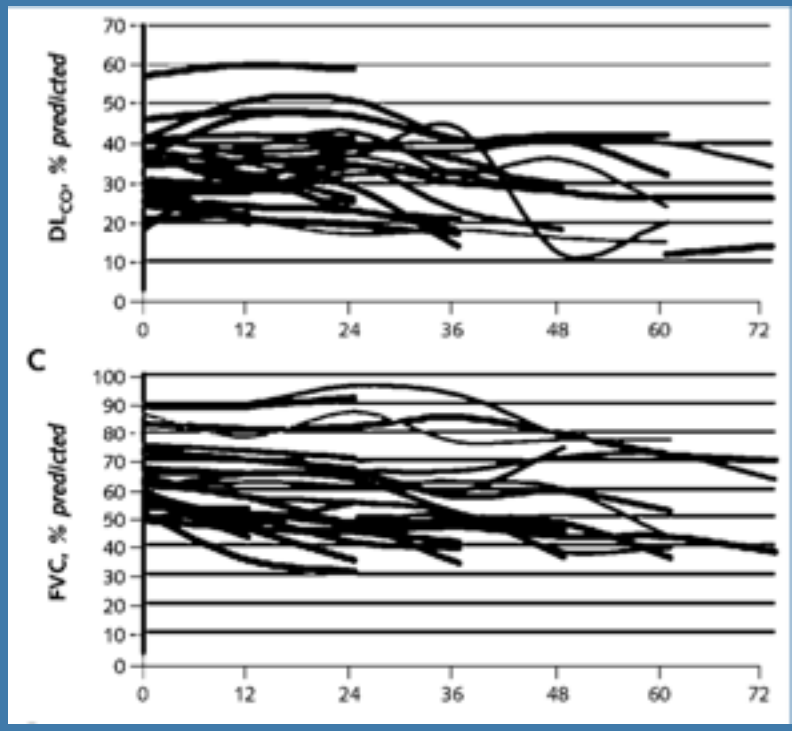
Table 2—*Incidence of AE-IPF in Reported Trials*

Study	IPF Patient Population	Reported Incidence
Kim et al[9]	147 biopsy-proven cases followed up for 2 yr	8.5% at 1 yr
Martinez et al[6]	168 placebo patients in whom IPF was diagnosed clinically or by biopsy followed up for at least 48 wk	4.8% overall with median of 76 wk of follow-up
Azuma et al[17]	35 placebo patients in whom IPF was diagnosed clinically or by biopsy followed up for 9 mo	14.3% at 9 mo

Robert Hyzy, MD, FCCP; Steven Huang, MD; Jeffrey Myers, MD; Kevin Flaherty, MD, FCCP; and Fernando Martinez, MD, FCCP

(CHEST 2007; 132:1652–1658)





CV et DLCO des 38 patients DCD sur 168

Martinez et al, Ann Intern Med 2005

- 2003 : Pas de traitement reconnu significativement efficace

Cochrane Database Syst Rev. 2003

- 2010 : Pirfenidone ? Efficacité de 30% sur la survie sans progression,

Cochrane Database Syst Rev. Sep 2010

2- Quand ?

Améliorer la survie d'une pathologie très évoluée

- Tenir compte délai d'attente moyen selon les centres
- Éviter la super urgence ; ABM > 50% de décès dans les fibroses …
- Gravité évolutivité instabilité

Quand adresser dans un centre de greffe ?

- Dès le diagnostic posé d'UIP (ou de PINS de forme fibreuse)

International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update—A Consensus Report From the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation

Jonathan B. Orens, MD,[a] Marc Estenne, MD,[b] Selim Arcasoy, MD,[c] John V. Conte, MD,[a] Paul Corris, MD,[d] Jim J. Egan, MD,[e] Thomas Egan, MD,[f] Shaf Keshavjee, MD,[g] Christiane Knoop, MD,[b] Robert Kotloff, MD,[h] Fernando J. Martinez, MD,[i] Steven Nathan, MD,[j] Scott Palmer, MD,[k] Alec Patterson, MD,[l] Lianne Singer, MD, Gregory Snell, MD,[m] Sean Studer, MD,[n] J. L. Vachiery, MD,[b] and Allan R. Glanville, MD[o]

Quand mettre sur liste ?

Preuve histologique ou radiologique d'UIP et 1 critère au moins :

- DLCO < 39%
- Perte de > 10% de capacité vitale en 6 mois
- SaO2 < 88% au TM6
- Score de fibrose (rayon de miel) > 2 au TDM

International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update—A Consensus Report From the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation

Jonathan B. Orens, MD,[a] Marc Estenne, MD,[b] Selim Arcasoy, MD,[c] John V. Conte, MD,[a] Paul Corris, MD,[d] Jim J. Egan, MD,[e] Thomas Egan, MD,[f] Shaf Keshavjee, MD,[g] Christiane Knoop, MD,[b] Robert Kotloff, MD,[h] Fernando J. Martinez, MD,[i] Steven Nathan, MD,[j] Scott Palmer, MD,[k] Alec Patterson, MD,[l] Lianne Singer, MD, Gregory Snell, MD,[m] Sean Studer, MD,[n] J. L. Vachiery, MD,[b] and Allan R. Glanville, MD[o]

Quand mettre sur liste ?

Preuve histologique de NSIP
et 1 critère au moins :

- DLCO < 35%
- Perte de > 10% de capacité vitale ou de > 15% de DLCO en 6 mois

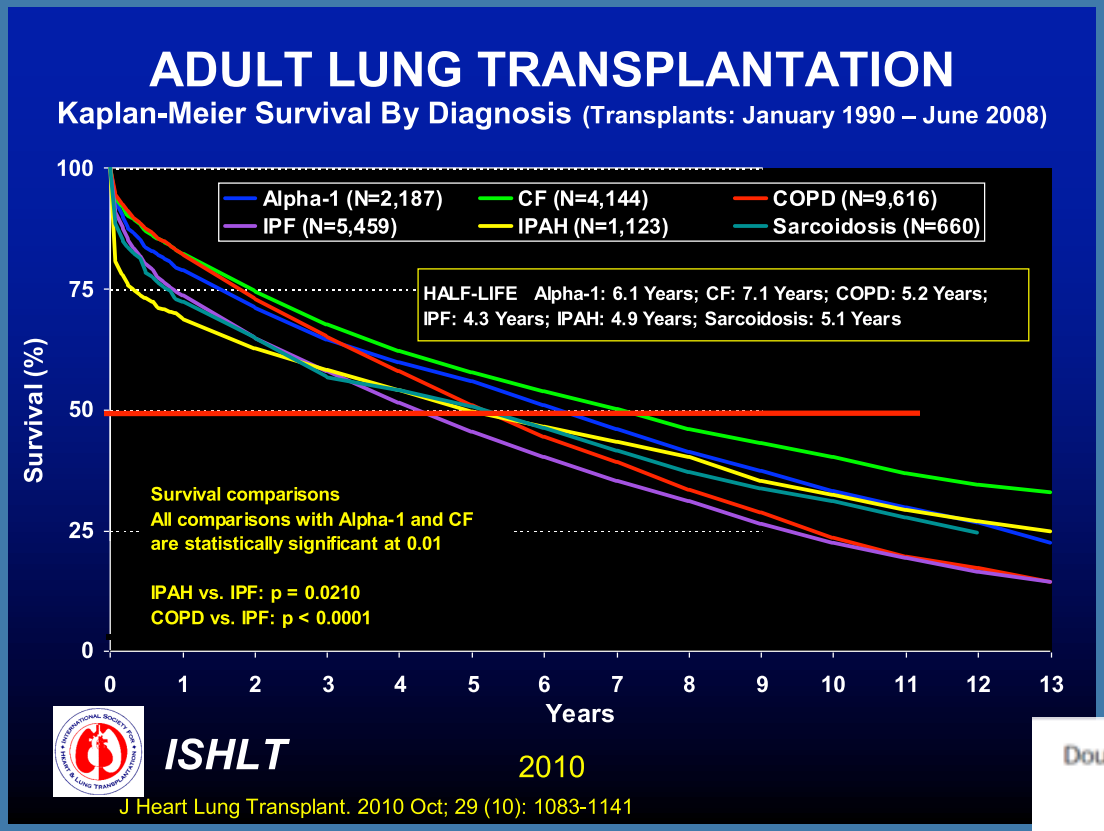
International Guidelines for the Selection of Lung Transplant Candidates: 2006 Update—A Consensus Report From the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation

Jonathan B. Orens, MD,[a] Marc Estenne, MD,[b] Selim Arcasoy, MD,[c] John V. Conte, MD,[a] Paul Corris, MD,[d] Jim J. Egan, MD,[e] Thomas Egan, MD,[f] Shaf Keshavjee, MD,[g] Christiane Knoop, MD,[b] Robert Kotloff, MD,[h] Fernando J. Martinez, MD,[i] Steven Nathan, MD,[j] Scott Palmer, MD,[k] Alec Patterson, MD,[l] Lianne Singer, MD, Gregory Snell, MD,[m] Sean Studer, MD,[n] J. L. Vachiery, MD,[b] and Allan R. Glanville, MD[o]

3- Mono ou bipulmonaire ?

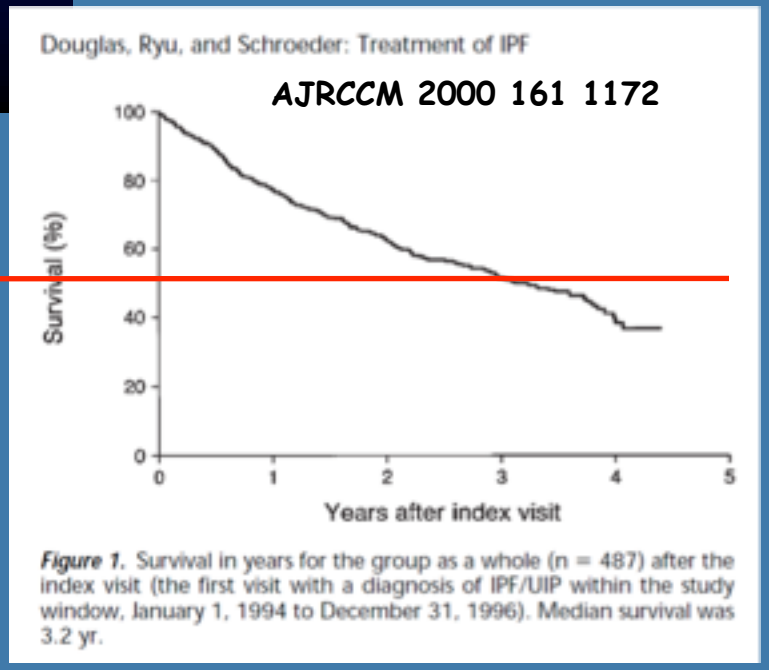
- **Mono :** suffisant, geste opératoire moins lourd, selon disponibilité de greffons

- **Bi :** mieux ? évite cancer sur poumon natif, retarde bronchiolite? meilleure survie ?



Survie moins bonne que les autres indications …

Mais meilleure que la survie spontanée de la FPI



Conclusion

- Ne pas inscrire trop tard…
- Contrairement à d'autres indications : BPCO et Eisenmenger