

Prélèvement utérin au sein d'un prélèvement multi-organe.

Etude de faisabilité

T. Gauthier^{*}, N. Pichon^{**}, P Piver^{*}, A Guillaudeau^{***}, A Piccardo^{****}, F Pesteil^{****}, E Gardet^{****}, G. Le Bihan^{****}, R. Bibes, F. Lalloue^{*****}, M. Laskar^{****}, P. Marquet^{*****}, Y. Aubard^{*}

^{*}Service de Gynécologie-Obstétrique, Hopital Mère-Enfant, CHU Dupuytren, 87000 Limoges

^{**}Coordination hospitalière des prélèvements, CHU Dupuytren, 87000 Limoges

^{***}Service Anatomopathologie, CHU Dupuytren, 87000 Limoges

^{****}Service Chirurgie Vasculaire et Transplantation, CHU Dupuytren, 87000 Limoges

^{*****}EA 3842 Homéostasie Cellulaire et Pathologies, Faculté de médecine, 87000 Limoges

^{*****}Pharmacologie, Toxicologie et Pharmacovigilance, INSERM, UMR-S850, CHU Dupuytren, 87000 Limoges

Introduction :

La transplantation utérine (TU) pourrait être une alternative intéressante à la gestation pour autrui et à l'adoption en cas d'infertilité d'origine utérine. Le greffon pourrait provenir soit de donneuses décédées ou vivantes. Le but de notre étude est d'évaluer la faisabilité d'un prélèvement utérin (PU) au sein d'une procédure de prélèvement multi-organe (PMO) chez une patiente en état de mort cérébrale. Une mise au point de l'état actuel des connaissances concernant la TU sera réalisée également lors de la présentation.

Matériel et méthodes :

Cette étude a été soutenue par l'Agence de Bio Médecine. Du 1^{er} aout 2012 au 31 juillet 2013, en cas de patiente majeure en état de mort cérébrale, l'équipe de coordination hospitalière des prélèvements d'organes du CHU de Limoges a demandé à la famille ou aux proches de la défunte la non opposition au PU à but scientifique en plus du PMO. Les critères d'exclusion étaient les suivants : âge < 18 ans, antécédent d'hystérectomie et l'opposition de la famille ou des proches au PU. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une échographie sus pubienne étaient réalisés systématiquement afin de confirmer la présence de l'utérus et de décrire la morphologie de ce dernier. En cas d'acceptation du PU, afin de permettre la perfusion in situ par la solution de conservation réfrigérée du pelvis et de l'abdomen, une double canulation artérielle fémorale remplaçait l'habituelle canulation aortique abdominale des PMO classiques. Le PU, élargi à la vascularisation bilatérale iliaque interne afin de préserver les pédicules utérins, était réalisé en fin de procédure du PMO.

Résultats :

En 1 an, 7 PU ont été réalisés sur un total de 15 femmes ayant eu un PMO. Parmi les 8 patientes n'ayant pas eu de PU, 2 avaient un antécédent d'hystérectomie. Le PU n'a pas été proposé aux familles et aux proches par oubli dans 3 cas et par peur de compromettre l'acceptation du PMO dans 3 cas également. L'âge et l'IMC moyens des patientes défuntes ayant eu un PU étaient respectivement de 60,14 ans [40-75] et 29,41 [23,44-35,16]. La parité moyenne était de 1,85 [1-4]. La procédure de PU a été acceptée par les équipes chargées des autres organes sans aucun conflit et n'a pas perturbé le déroulement du PMO. La préservation vasculaire iliaque interne et utérine a pu être réalisée dans tous les cas excepté pour le premier PU où une veine iliaque interne a été lésée. Le temps moyen d'ischémie froide entre le clampage de l'aorte coeliaque et la fin du PU était de 70,85 min [60-91]. Le temps moyen de PU était de 17,71 min [6-25]. L'étude anatomopathologique standard ainsi que l'étude de viabilité selon l'importance de l'apoptose par la méthode TUNEL n'ont pas montré de dégradation du tissu utérin après 24h d'ischémie froide.

Conclusion :

Le PU peut s'intégrer sans difficultés au sein d'un PMO. Cette technique a l'avantage de préserver l'intégralité de la vascularisation utérine.