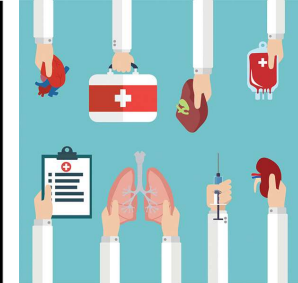
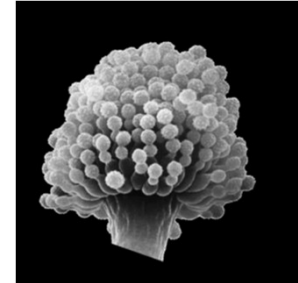
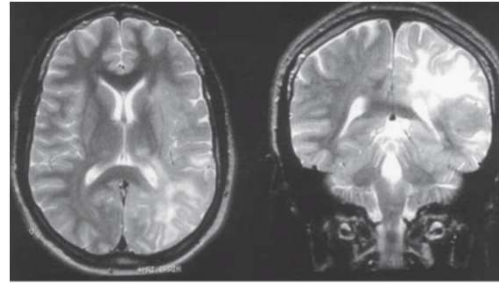
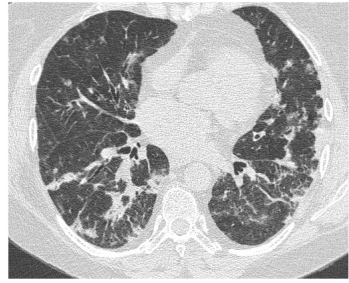
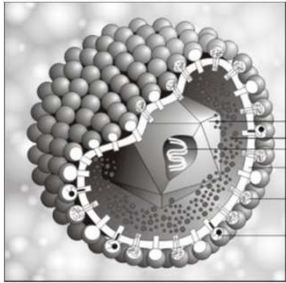


DUACAI 2026

TOS : risques infectieux et prévention



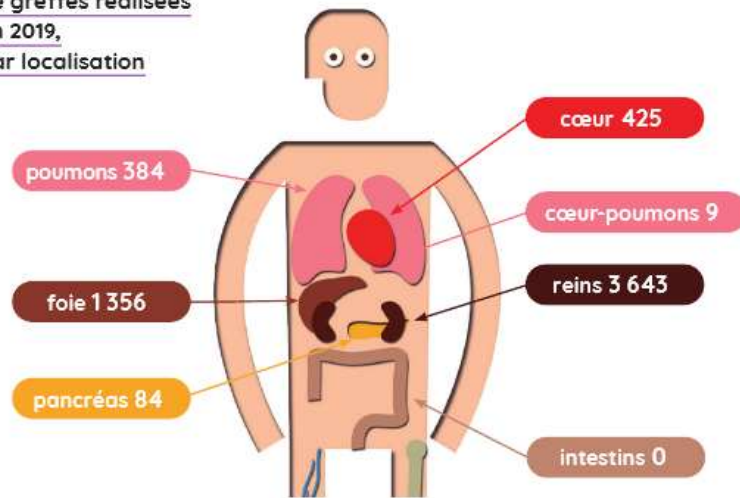
Dr. Fanny Vuotto

Service de Maladies infectieuses
Centre Hospitalier universitaire de Lille
fanny.vuotto@chru-lille.fr



Transplantation d'organe solide

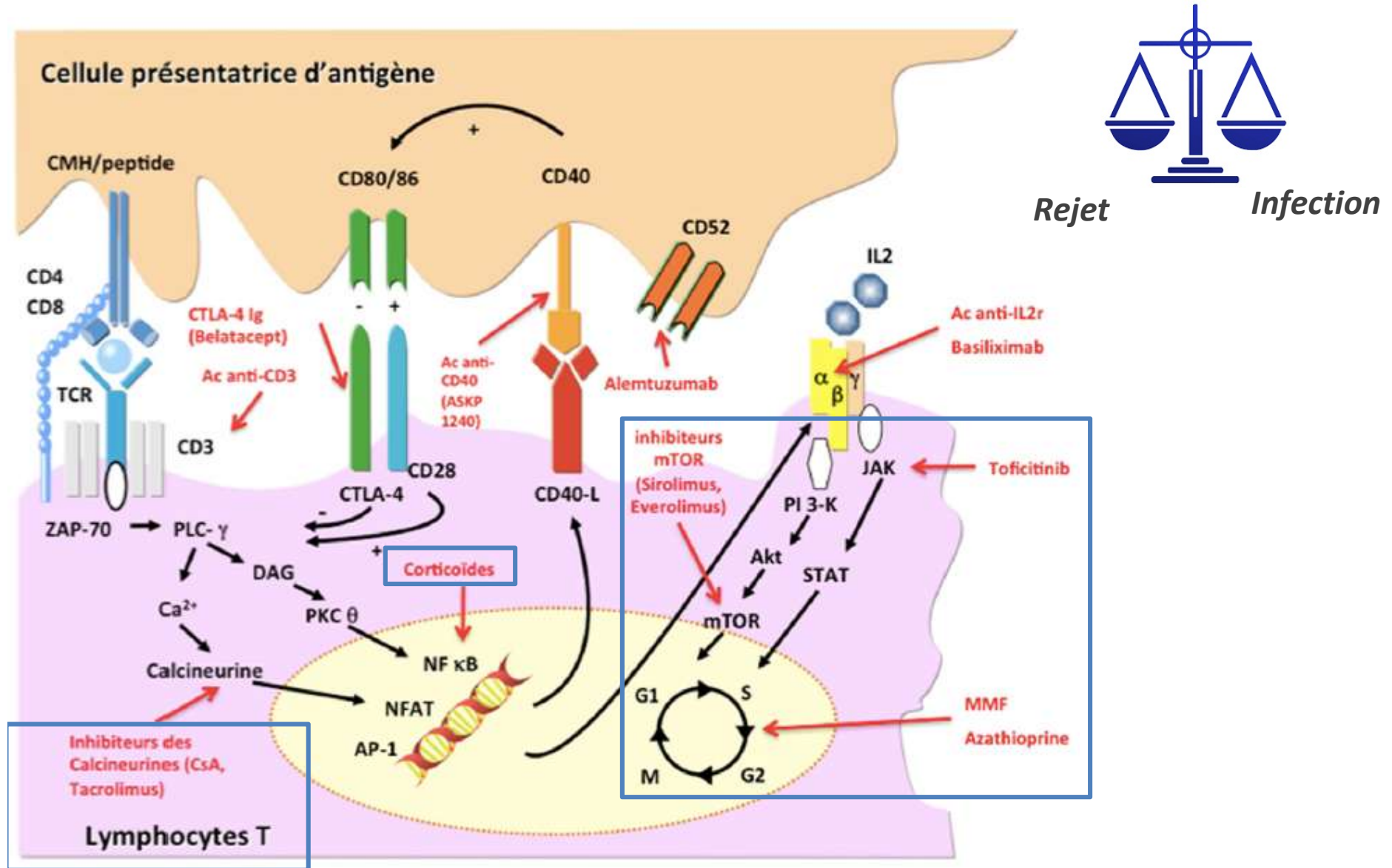
Nombre
de greffes réalisées
en 2019,
par localisation



	2020	2021	2022	2023	2024
Greffes cardiaques	370	409	411	384	414
Greffes cardio-pulmonaires	8	6	8	9	9
Greffes pulmonaires	283	316	334	298	323
Greffes hépatiques (dont à partir de donneurs vivant)	1128 (15)	1225 (20)	1294 (22)	1343 (20)	1439 (16)
Greffes rénales (dont à partir de donneurs vivant)	2595 (390)	3252 (502)	3377 (514)	3525 (557)	3757 (598)
Greffes pancréatiques	34	67	70	74	91
Greffes intestinales	3	1	1	1	1
TOTAL (dont à partir de donneurs vivant)	4421 (405)	5276 (522)	5495 (536)	5633 (577)	6034 (614)

Immunosuppression en transplantation

Mécanisme d'action et cibles moléculaires des principaux immunosuppresseurs utilisés en transplantation



Stratégies d'immunosuppression

INDUCTION

- 3 stratégies
 - thymoglobuline (SAL)
 - basiliximab (Simulect)
 - pas d'induction

en fonction

- du risque de rejet
- du risque infectieux

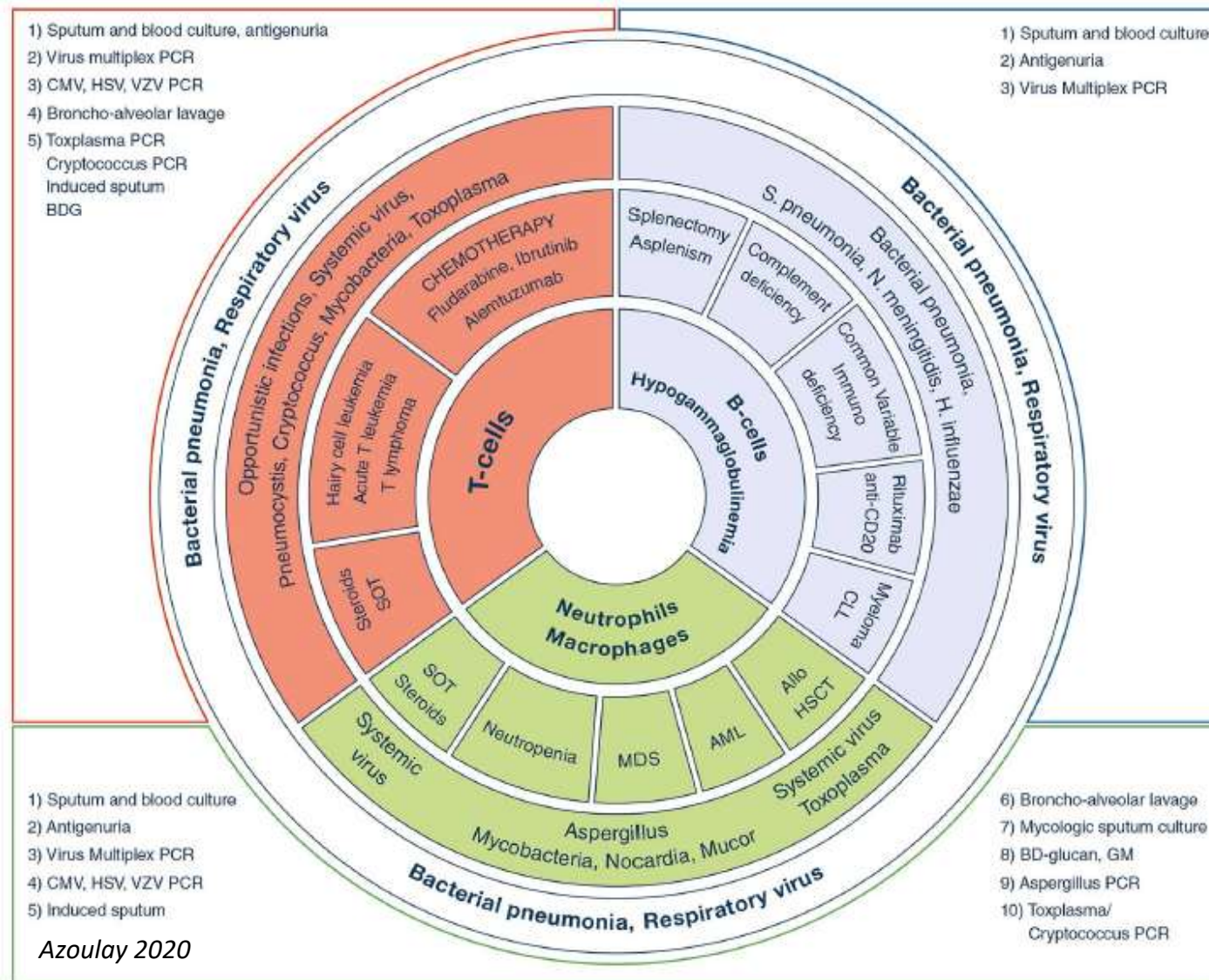
ENTRETIEN

- Trithérapie initiale
 - Anticalcineurine
 - tacrolimus, ciclosporine
 - + Antiprolifératif
 - MMF, everolimus
 - + Corticoïdes

Puis schéma en fonction

- type de greffe
- délai post-greffe
- risque de rejet
- complications sous IS
 - infection
 - toxicité

Risque fonction du type d'immunosuppression

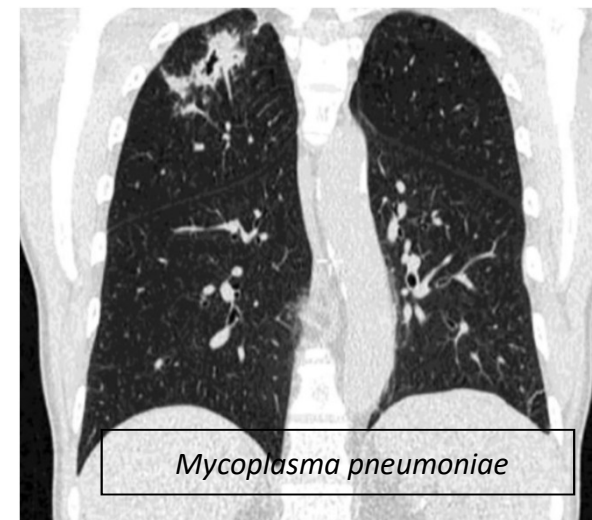
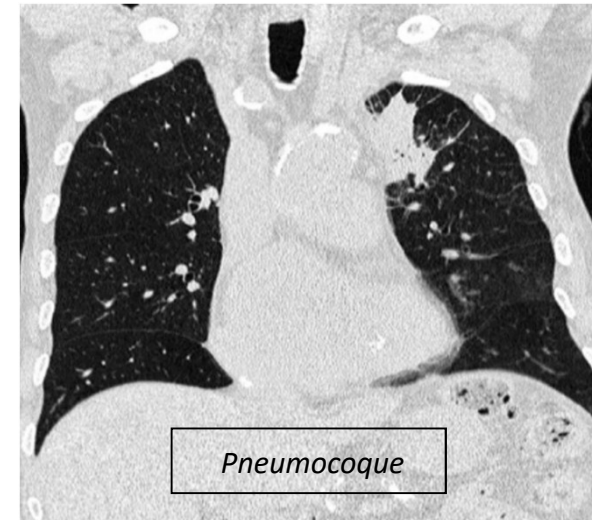
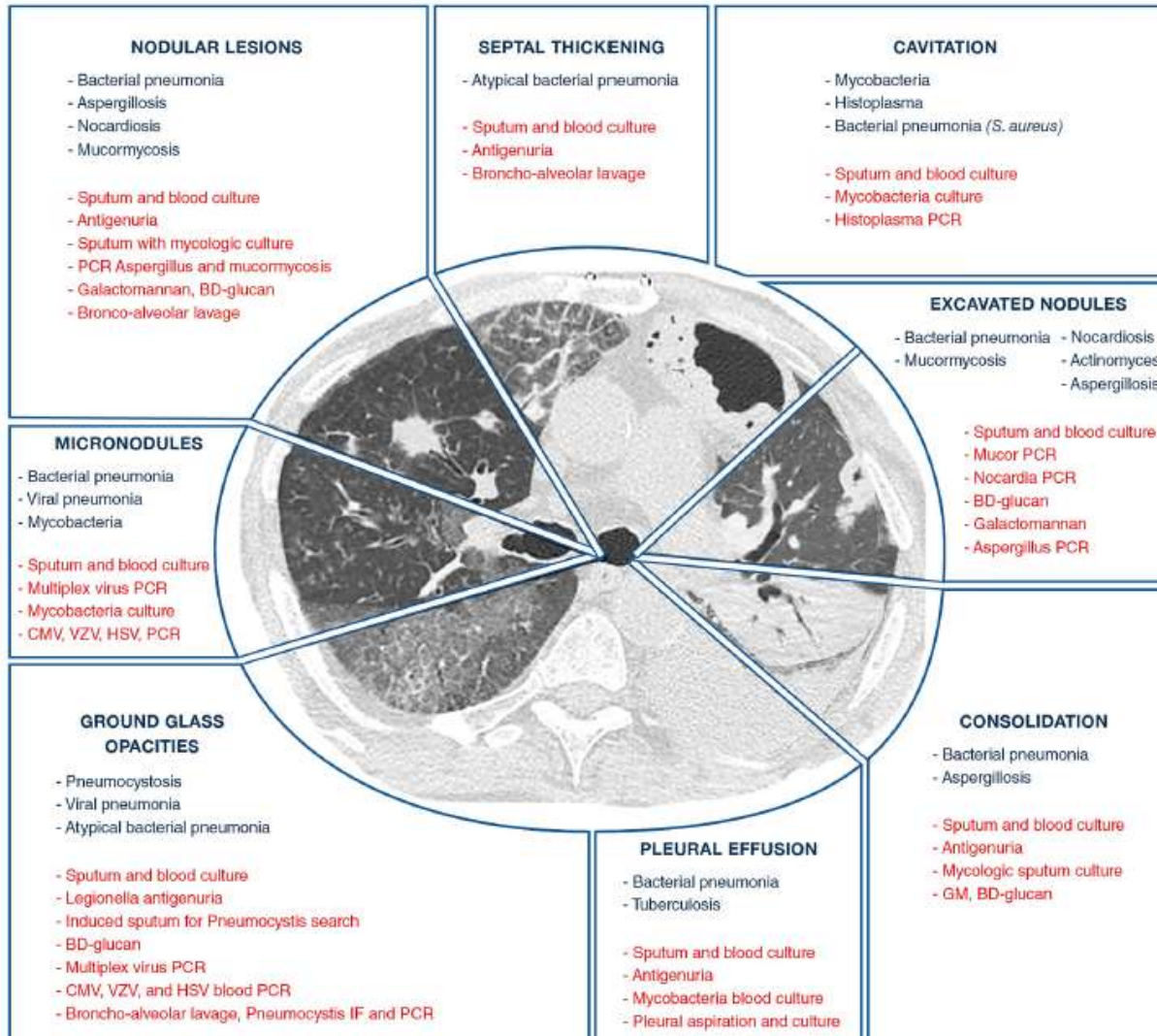


Importance de la documentation microbiologique +++

Risque infectieux

- Plusieurs situations
 - Infections transmises par le donneur
 - Réactivation d'infections latentes
 - Infections communautaires
 - Infections dites opportunistes
- Présentation clinique atypique, souvent pauvre
- Importance documentation microbiologique
- Connaissance épidémiologie
 - en fonction délai par rapport à la transplantation
 - en fonction des facteurs de risque

Présentation clinique et radiologique ≠ patient immunocompétent

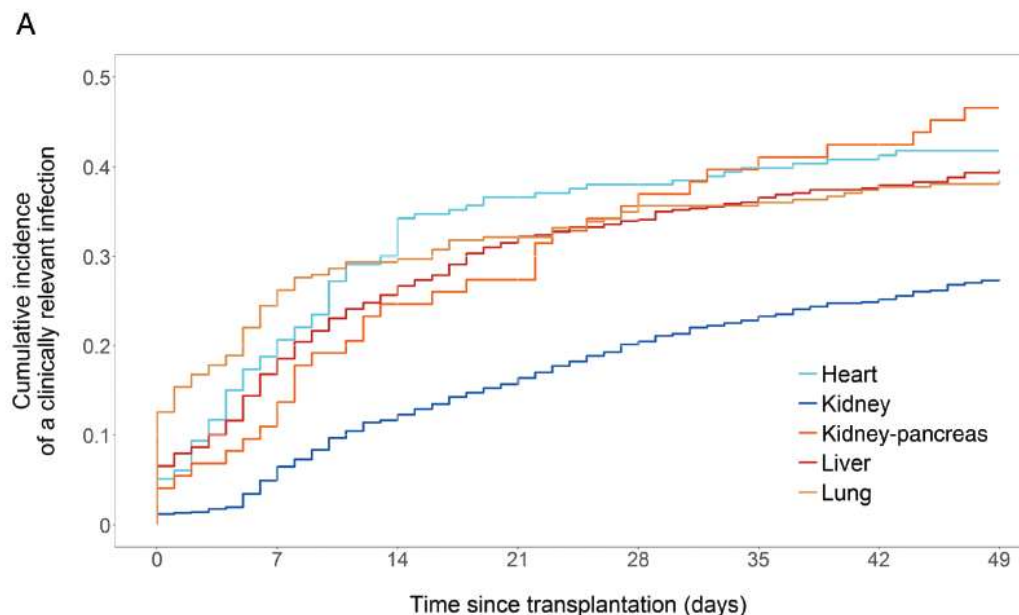


Burden and Timeline of Infectious Diseases in the First Year After Solid Organ Transplantation in the Swiss Transplant Cohort Study

Christian van Delden,¹ Susanne Stampf,² Hans H. Hirsch,^{3,4} Oriol Manuel,⁵ Pascal Meylan,⁶ Alexia Cusini,⁷ Cédric Hirzel,⁷ Nina Khanna,^{4,6} Maja Weisser,⁴ Christian Garzoni,^{7,8} Katja Boggian,⁹ Christoph Berger,¹⁰ David Nadal,¹⁰ Michael Koller,² Ramon Saccilotto,² and Nicolas J. Mueller¹¹; for the Swiss Transplant Cohort Study^a

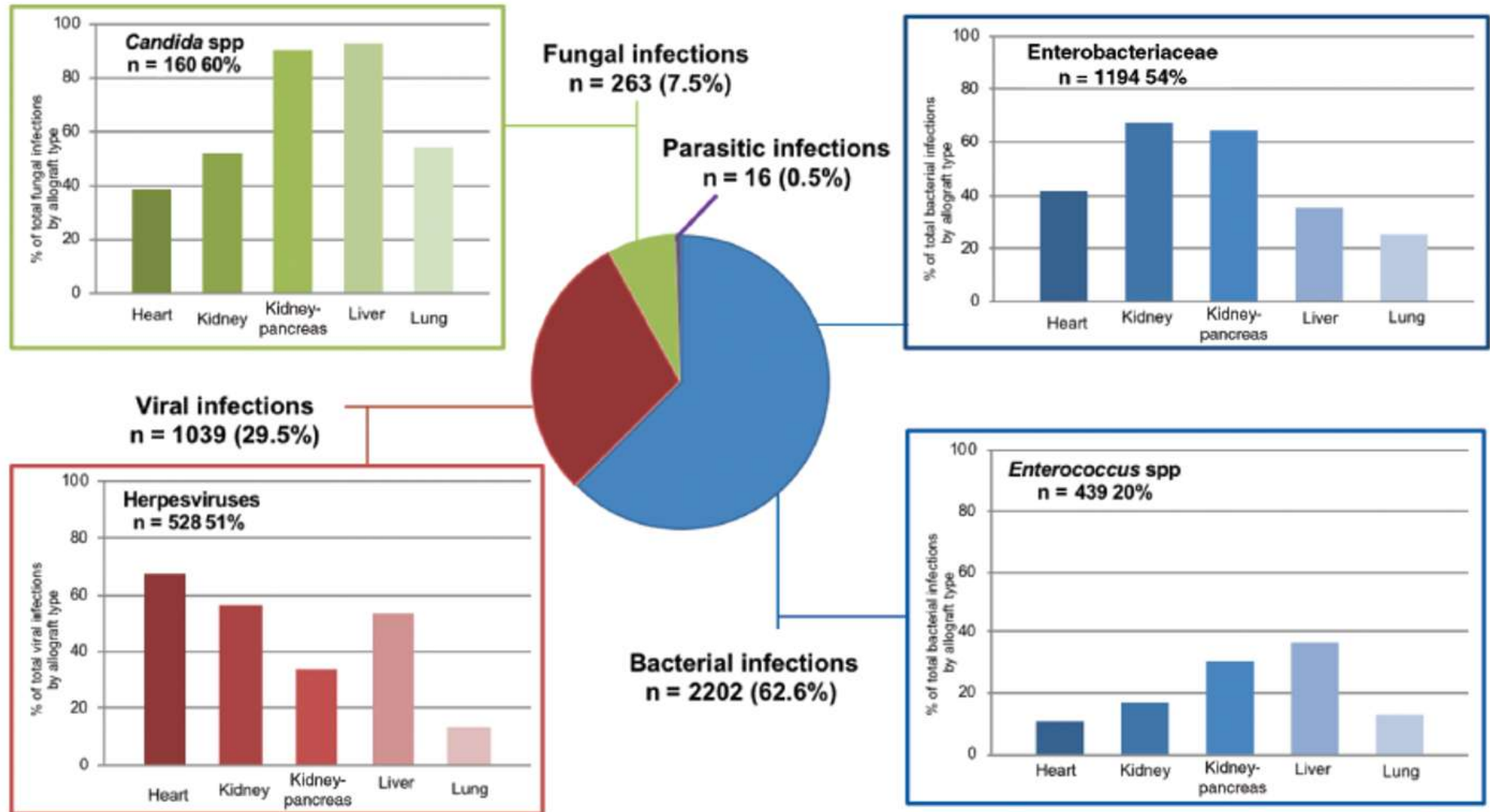
Cohorte prospective suisse

- 2008-2014
- suivi 12 mois
- 3541 TOS
- infection chez 55% des patients
- 87% proph PCP
- 27% proph ATB
- 57% proph AV (51% valgan)
- 18% proph AF (Tpulm)

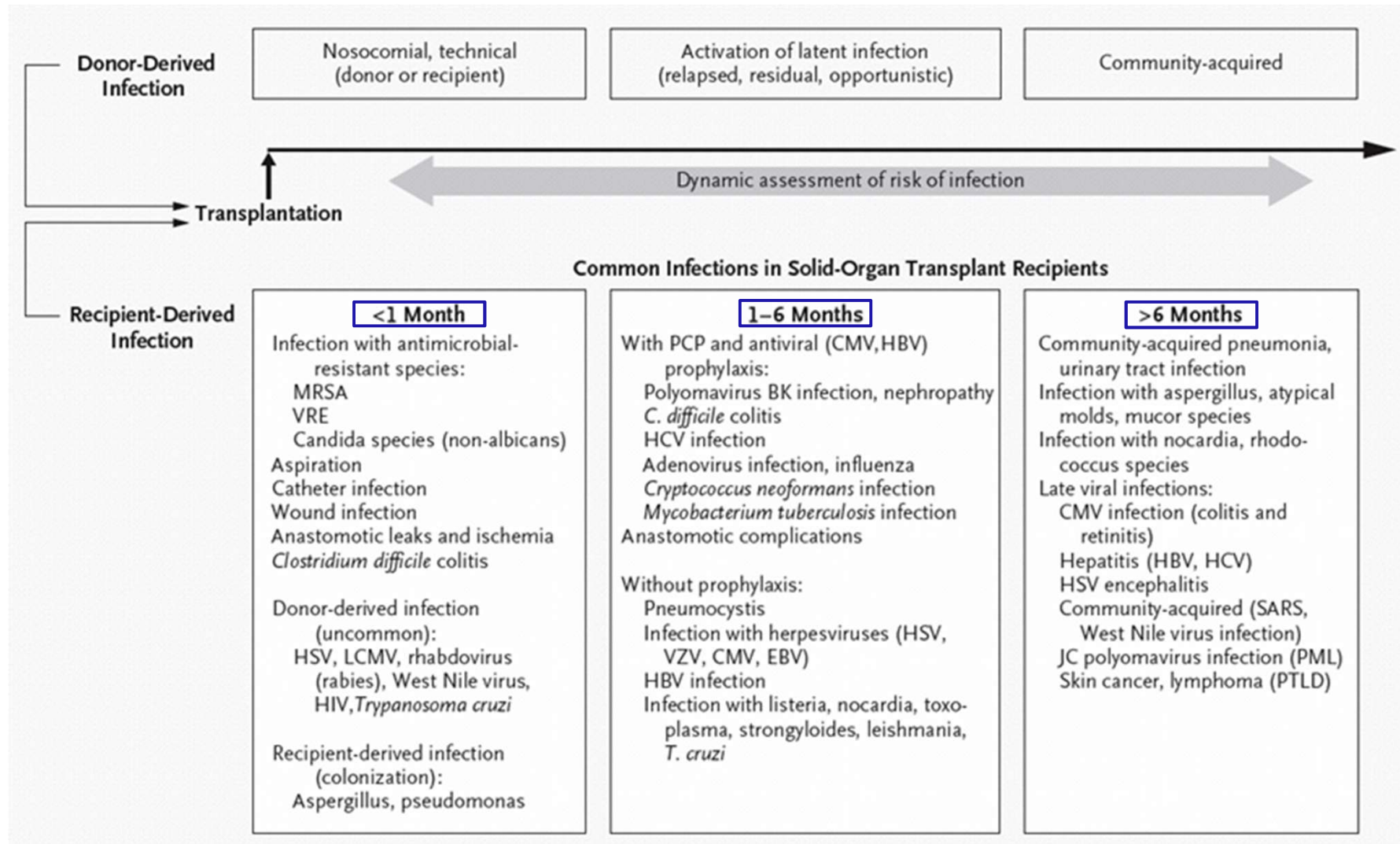


Burden and Timeline of Infectious Diseases in the First Year After Solid Organ Transplantation in the Swiss Transplant Cohort Study

Christian van Delden,¹ Susanne Stampf,² Hans H. Hirsch,^{2,4} Oriol Manuel,⁵ Pascal Meylan,⁶ Alexia Cusini,⁷ Cedric Hirzel,¹ Nina Khanna,^{8,9} Maja Weisser,⁴ Christian Garzoni,¹⁰ Katja Boggian,⁷ Christoph Berger,¹⁰ David Nadal,¹⁰ Michael Koller,⁷ Ramon Saccolotto,⁷ and Nicolas J. Mueller¹⁰; for the Swiss Transplant Cohort Study^{*}



Risque infectieux : 3 périodes



↙ incidence au cours du temps

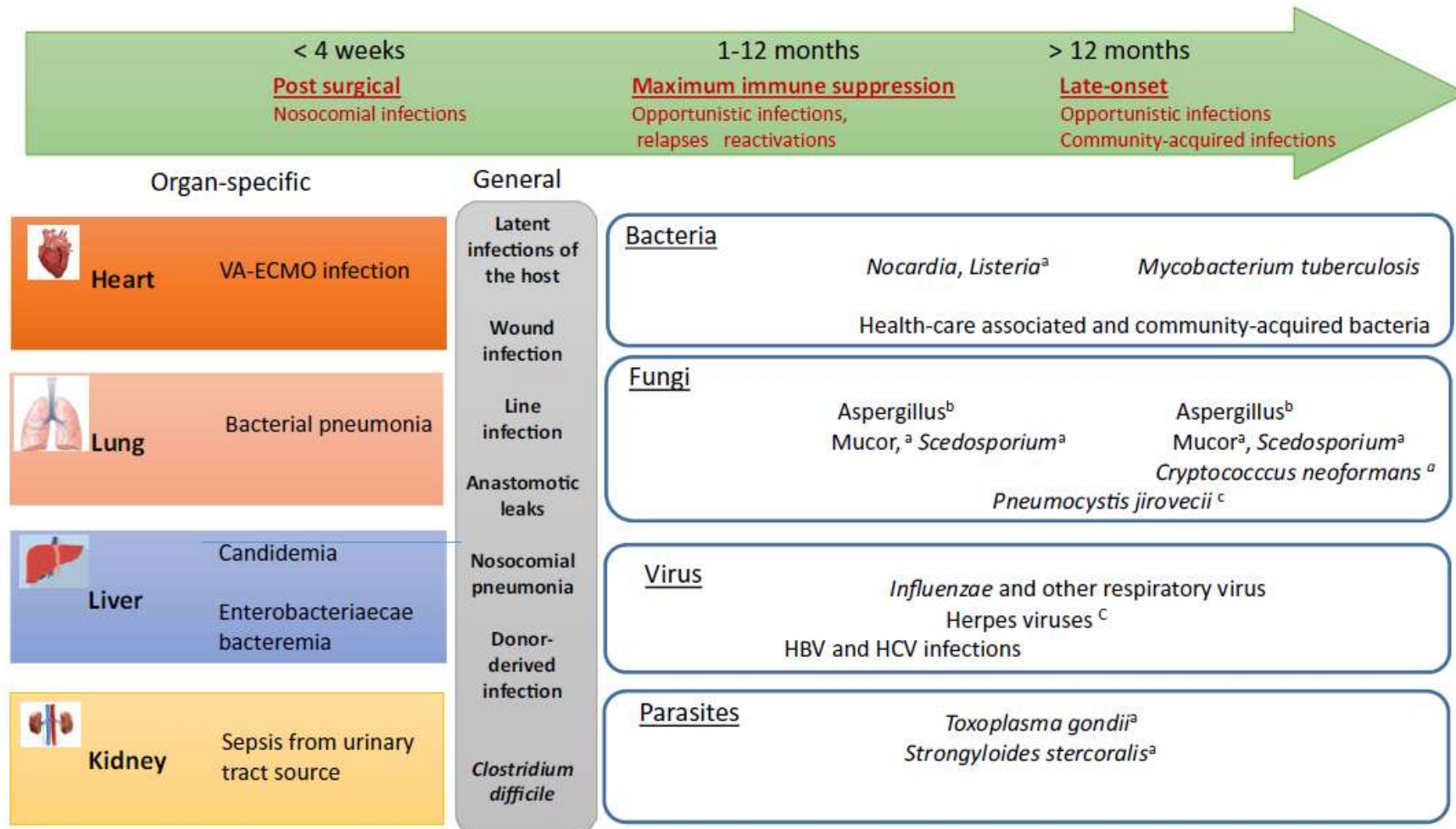
Risque infectieux : 3 périodes

Diagnostic and therapeutic approach to infectious diseases in solid organ transplant recipients



Intensive Care Med (2019)

Jean-François Timsit^{1,2*}, Romain Sonnevile^{3,4}, Andre C. Kalil⁵, Matteo Bassetti⁶, Ricard Ferrer⁷, Samir Jaber⁸, Fanny Lanternier^{9,10}, Charles-Edouard Luyt^{11,12}, Flavia Machado¹³, Malgorzata Mikulska¹⁴, Laurent Papazian¹⁵, Frédéric Pène^{16,17}, Garyphalia Poulakou¹⁸, Claudio Viscogli¹⁴, Michel Wolff¹⁹, Lara Zafrani²⁰ and Christian Van Delden²¹



Risque infectieux

Diagnostic and therapeutic approach to infectious diseases in solid organ transplant recipients



Intensive Care Med (2019)

Jean-François Timsit^{1,2*}, Romain Sonnevile^{3,4}, Andre C. Kalif⁵, Matteo Bassetti⁶, Ricard Ferrer⁷, Samir Jaber⁸, Fanny Lanternier^{9,10}, Charles-Edouard Luyt^{11,12}, Flavia Machado¹³, Malgorzata Mikulska¹⁴, Laurent Papazian¹⁵, Frédéric Pène^{16,17}, Garyphalia Poulakou¹⁸, Claudio Viscoli¹⁴, Michel Wolff¹⁹, Lara Zafrani²⁰ and Christian Van Delden²¹

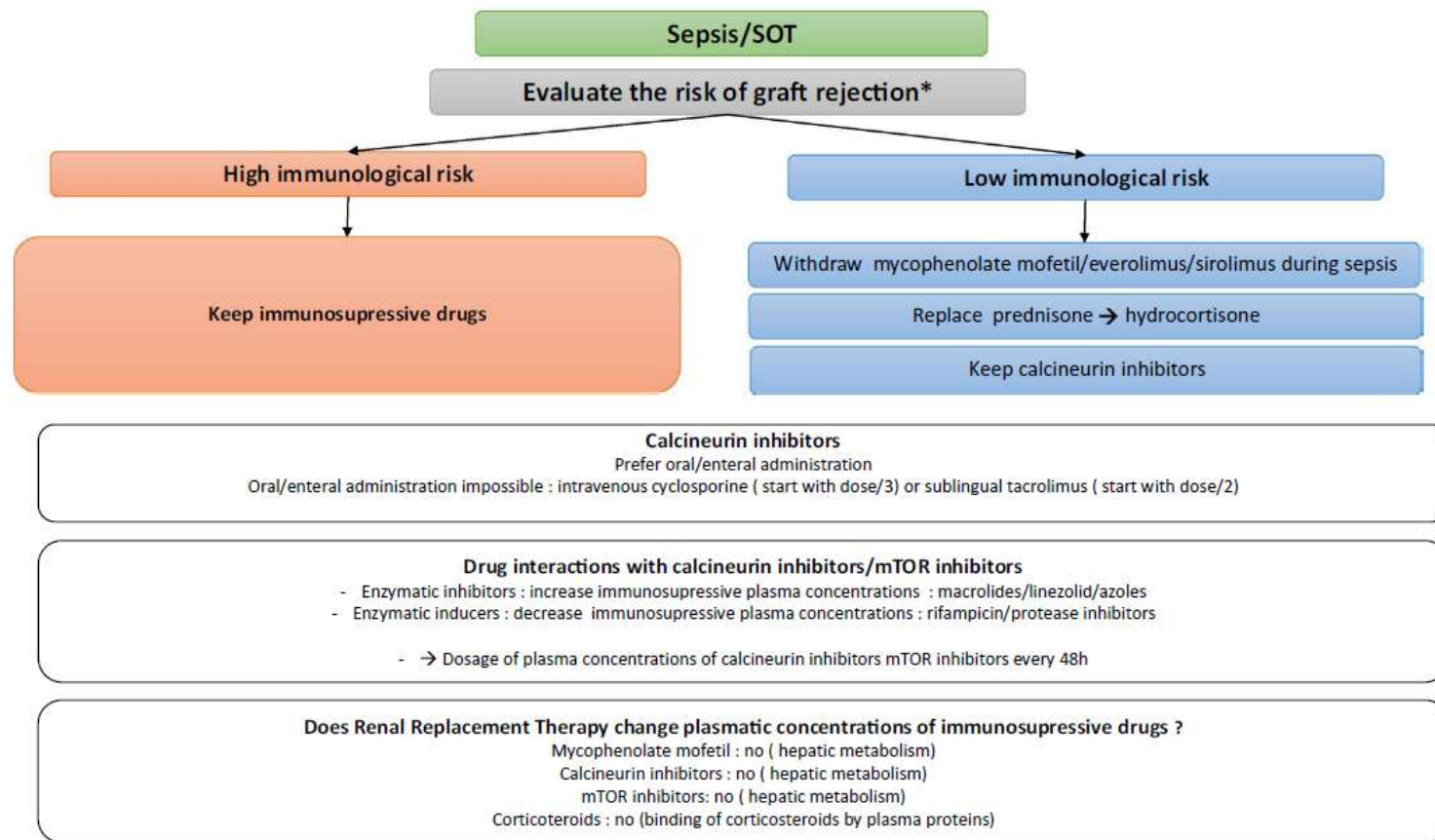
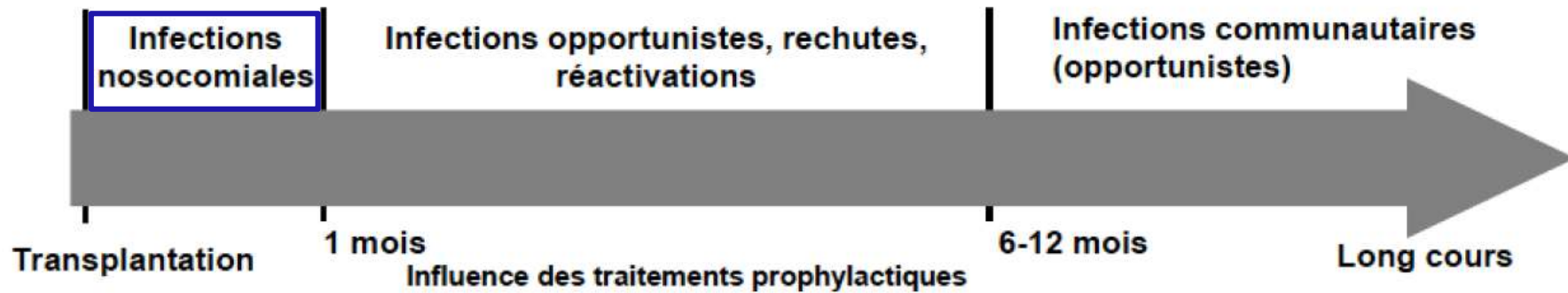


Fig. 4 Adaptation of the immunosuppressive drugs at the initial phase of sepsis: practical issues. *Immunologic risk assessment: deceased donor, number of human leukocyte antigen (HLA) mismatches, donor-specific antibodies (DSA), organ-specific differences (heart-lung > kidney > liver). Withdrawal of IS drugs should be discussed in close collaboration with transplant physicians

Infections du 1^{er} mois



1. Infections du 1^{er} mois : ABM, environnement, prophylaxies

- infections liées aux soins
- infections transmises par le greffon (donneur, liquide de transport)

Infections du 1^{er} mois

2. Infections du liquide de transport

- Contamination du liquide de transport fréquente +++ \approx 15-20%
SCN +++, Strepto, Entérobactéries - très grande sensibilité de l'ensemencement
- Pas de corrélation avec nb d'infections \rightarrow Surveillance du donneur

Tableau BIOV11bis: Contamination à agents infectieux des liquides de conservation enregistrés dans les outils opérationnels de l'Agence de la biomédecine

Organes	Liquide de conservation positif à bactéries	Liquide de conservation positif à agents fongiques	Liquide de conservation positif à agents fongiques et bactéries	Total
Cœur	61	0	1	62
Cœur poumons	1	0	0	1
Foie	398	14	24	436
Ilots de Langerhans	1	0	0	1
Intestin	0	1	0	1
Pancréas	21	0	3	24
Poumon	130	16	8	154
Rein	444	17	15	476
Total général	1056	48	51	1155



Année 2020, 2 infections

Infections du 1^{er} mois

2. Infections du liquide de transport à *Candida*

- Risque d'anévrisme anastomotique



Albano CID 2009

France

1995-97

Incidence = 0,1%



☉ En cas de contamination du liquide de conservation du rein par un agent fongique

Chez le receveur de rein concerné :

R61. Il est fortement recommandé de débiter un traitement préemptif adapté à l'espèce dès la connaissance de la positivité du résultat (A).

R61 bis. Il est fortement recommandé en cas de *Candida albicans* et en l'absence de traitement antérieur par azolés chez le donneur (*notion à récupérer dans le dossier donneur*) de traiter par fluconazole pendant 15 jours (A).

R62. Il est fortement recommandé d'organiser une surveillance clinico-biologique et radiologique rapprochée de préférence par scanner multibarrette centré sur l'anastomose artérielle (A).

Chez les receveurs des autres organes abdominaux (rein adelphe, foie) :

R63. Il est fortement recommandé de disposer au plus vite des résultats de l'examen microscopique direct et de la culture du liquide de conservation dès la connaissance de la positivité du liquide de conservation du rein concerné, pour envisager éventuellement un traitement antifongique des autres receveurs des organes abdominaux (rein adelphe, foie) (A).

La question de débiter systématiquement un traitement préemptif pour les autres receveurs dès la connaissance de la positivité du résultat du liquide de conservation du rein concerné n'est pas résolue actuellement.

Infections du 1^{er} mois

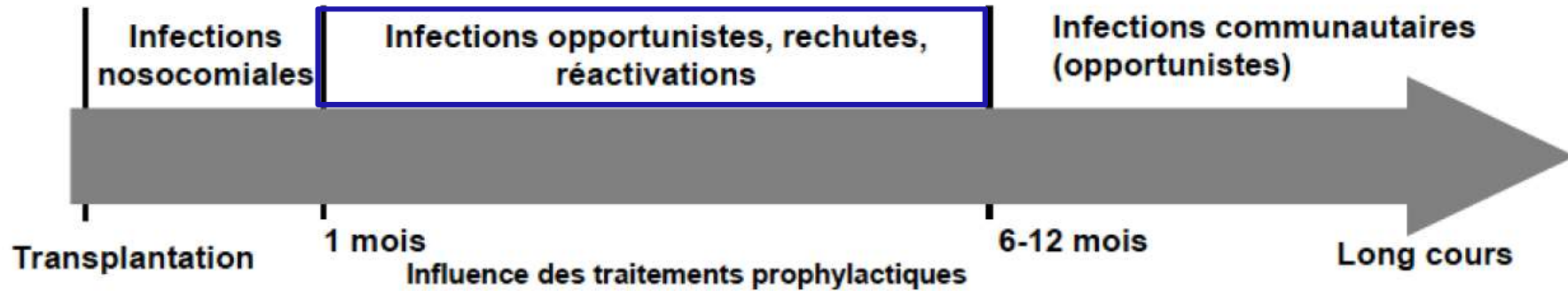
3. Infections transmises par le donneur

prévalence faible dépendante des conditions de sécurité sanitaire

- Micro-organismes en cause
 - Virus : hépatites, VIH, CMV, LCMV (Lymphocytic choriomeningitis virus), lyssavirus...
 - Bactéries : tuberculose
 - Parasite : toxoplasmose
- Contexte géographique :
 - zones d'endémies paludisme, West-Nile virus, maladie de Chagas...
 - tourisme de transplantation

→ Vigilance, critères ABM donneur

Introduction



1. Infections du 1^{er} mois : ABM, environnement, prophylaxies
2. **Infections entre 1 et 6 mois : prophylaxies +++**
 - virales...le CMV ce matin !
 - fongiques
 - parasitaires
 - bactériennes

Infections virales 1 - 6 mois : *autres virus*

Tableau I. Infections virales en fonction du temps, à l'ère des prophylaxies.

1 ^{er} mois	1-3 mois	3-6 mois	6-12 mois	> 12 mois
Virus transmis par le greffon				
	HHV-6-HHV-7			
	Réactivation VHB et VHC			
		EBV/LPT+++	EBV/LPT+	
	Rares BKV	BKV et JCV		
	Virus respiratoires et entériques			
		CMV tardif, plus rare après 12 mois		
		Norovirus		
		HSV et VZV		
			HHV-8	

LPT: lymphome post-transplantation.

Infections virales 1 - 6 mois : *HSV, VZV*

Incidence of herpes zoster in adult solid organ transplant recipients: A meta-analysis and comprehensive review

Transpl Infect Dis. 2021;:

Da Eun Kwon¹ | Hye Sun Lee² | Kyoung Hwa Lee¹ | Yeonju La¹ | Sang Hoon Han¹ | Yong Goo Song¹

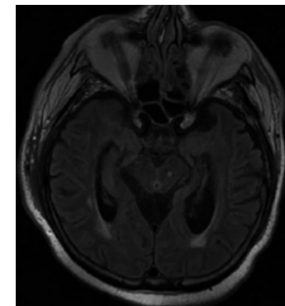
		Post-transplant HZ	
		Pooled crude incidence (%)	95% CI (%)
Overall	21	9.1	7.6-10.8
Organ			
Kidney	6	6.7	5.1-8.8
Liver	5	8.9	7.2-10.2
Lung	5	11.0	8.3-14.4
Heart	4	15.2	12.7-18.2
Sex			
Male	15	8.7	7.0-10.8
Female	11	10.4	8.0-13.4

- *x 16 - 41 vs pop générale*
FDR : MMF, âge élevé
- *Prophylaxie antiCMV valgan efficace*
- *Prophylaxie par valaciclovir possible*

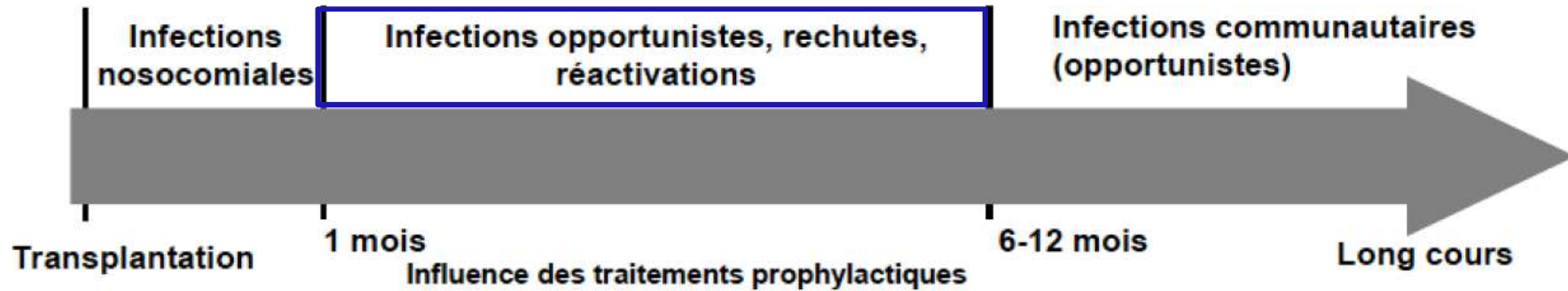
Varicella zoster virus encephalitis in solid organ transplant recipients: Case series and review of literature

Minji Kang | Saima Aslam

- *Vaccination*



Introduction

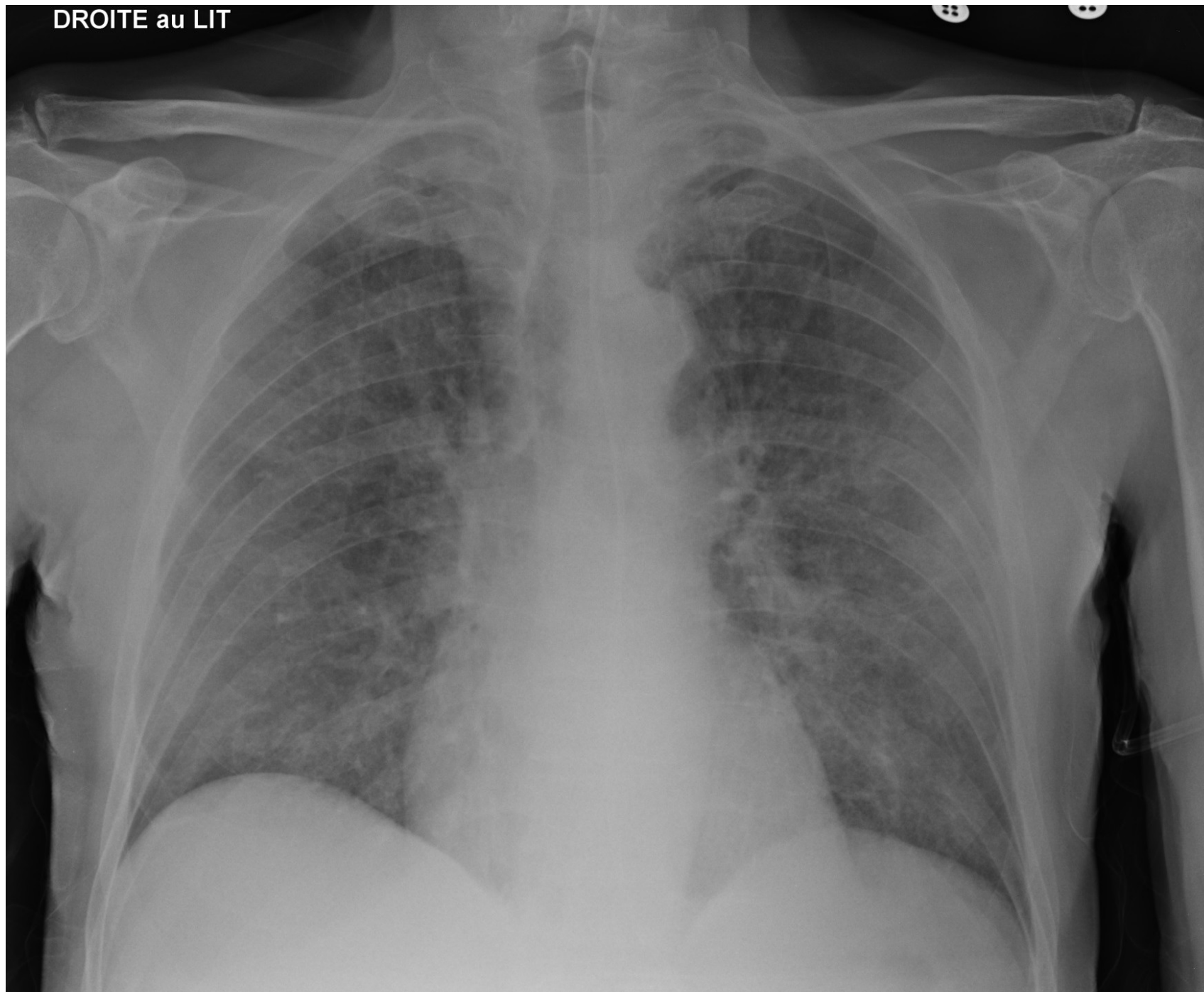


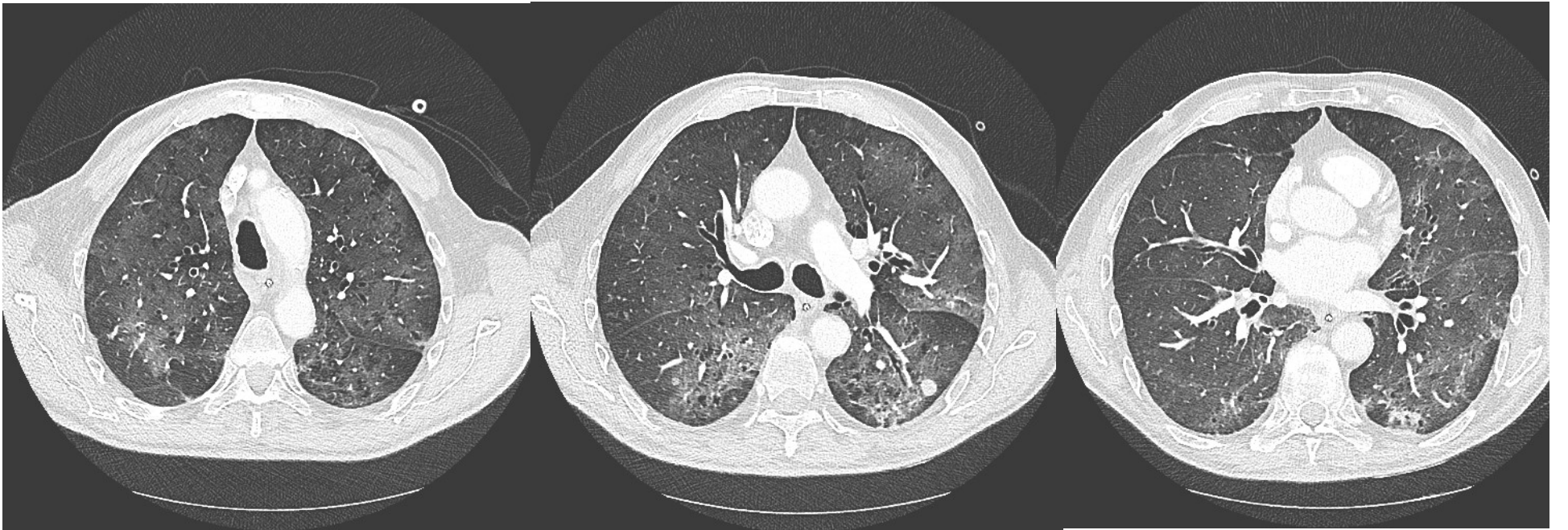
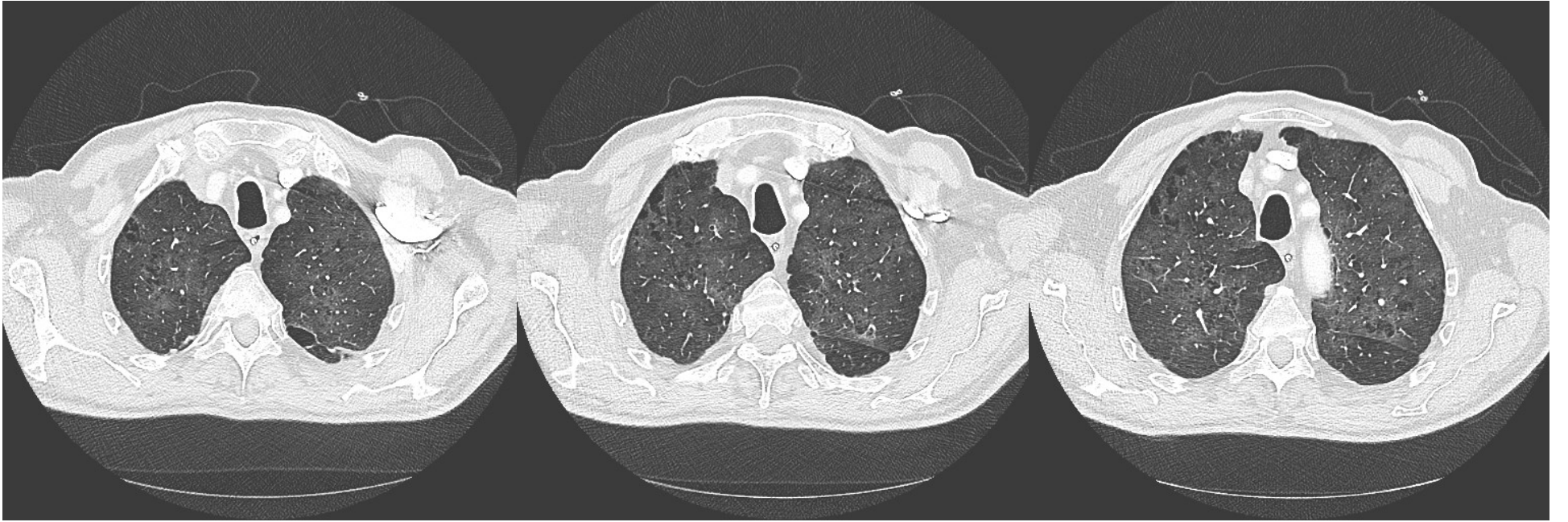
1. Infections du 1^{er} mois : ABM, environnement, prophylaxies
2. **Infections entre 1 et 6 mois : prophylaxies +++**
 - virales
 - fongiques
 - parasitaires
 - bactériennes

Vignette clinique

- **Mr O. Bruno 48 ans**
 - Transplantation cardiaque en août 2018 pour cardiomyopathie dilatée
CMV D+/R+, EBV R+, toxoplasmose R+
 - Suites simples - sous tacrolimus MMF corticoïdes - prophylaxie SMX/TMP
- **Hospitalisé pour dyspnée en décembre 2018**
 - Hyperthermie 38,5° depuis 10 jours + asthénie
 - Toux sèche
 - 94% saturation AA, hypoxémie à 69 mmHg aux GDS

DROITE au LIT





Vignette clinique

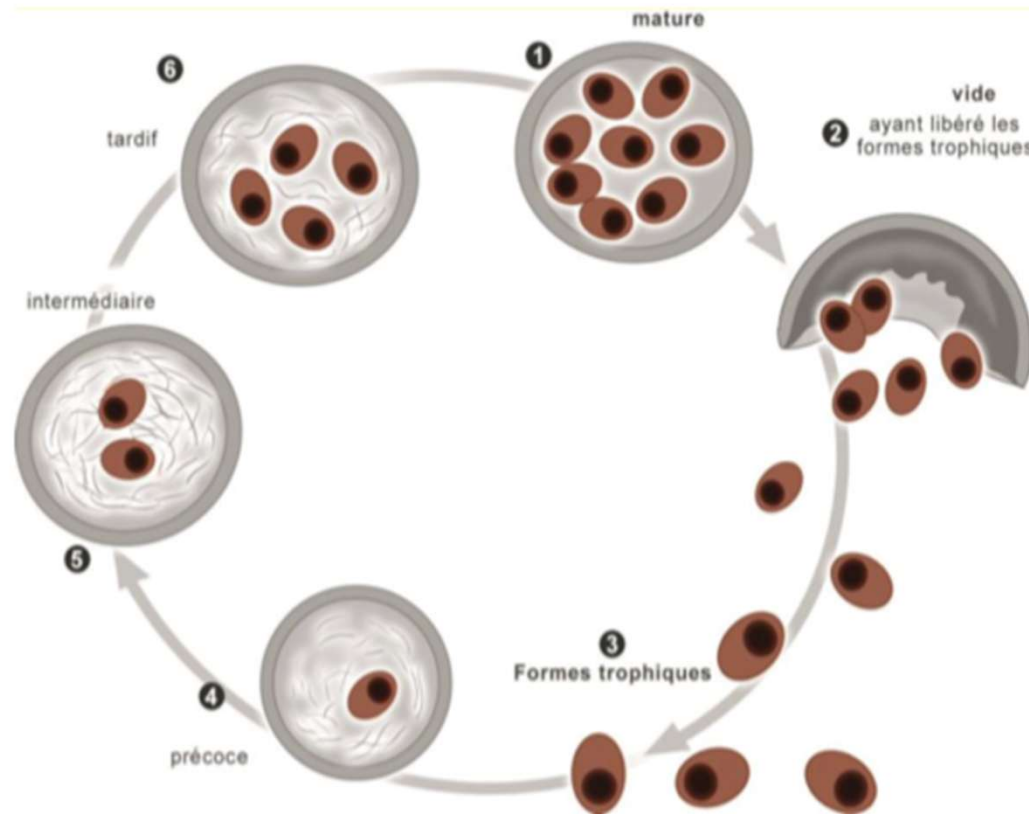
- **Mr O. Bruno 48 ans**
 - Transplantation cardiaque en août 2018 pour cardiomyopathie dilatée
CMV D+/R+, EBV R+, toxoplasmose R+
 - Suites simples
- **Hospitalisé pour dyspnée en décembre 2019**
 - Hyperthermie 38,5° depuis 10 jours + asthénie
 - Toux sèche
 - 94% saturation AA, hypoxémie à 69 mmHg aux GDS
 - Asques de *Pneumocystis* au direct LBA
 - PCR *Pneumocystitis* + LBA
 - 13BDG à 1500 pg/mL
 - réplication CMV modérée
 - inobservance SMX/TMP contexte troubles digestifs

→ ***Pneumocystose pulmonaire prouvée***

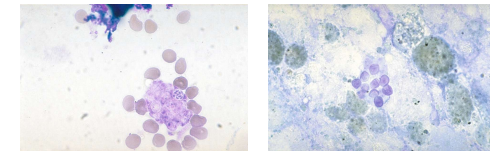
Infections fongiques 1 - 6 mois : *pneumocystose*

- *Pneumocystis jirovecii* : champignon ascomycète cosmopolite non cultivable
Transmission interhumaine à partir d'une personne infectée ou transitoirement colonisée

Cycle hypothétique de *Pneumocystis jirovecii* dans l'alvéole pulmonaire.



Asques (« kystes »)



Formes trophiques «(sporozoïtes)»

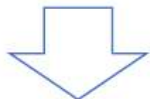
Cycle pas complètement élucidé

Infections fongiques 1 - 6 mois : *pneumocystose*

Par le VIH

- < 200 T CD4 (Th1)
- ↓ macrophagiques

=> ED + PCR + BDG+

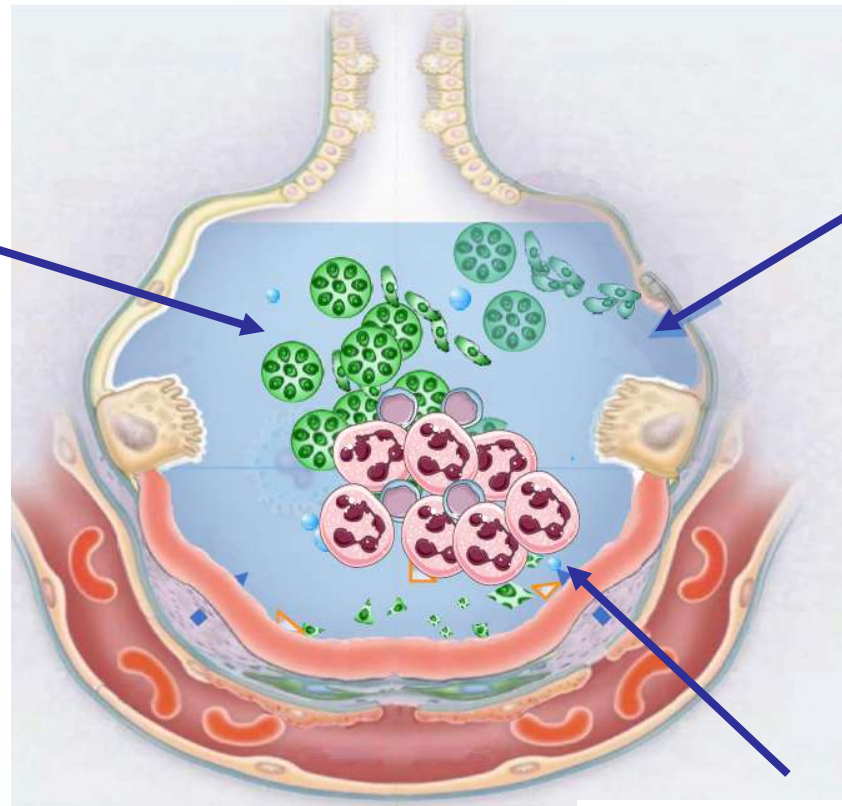


Prolifération PJ

- ↓ PNN
- ↗ charge fongique

= Bonne tolérance initiale

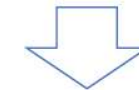
Immunodépression



ID Hors VIH

- IS multifactorielle
- Polarisation M1

=> ED - PCR + BDG+



Faible charge fongique

- ↗ PNN
- ↗ Réponse inflammatoire

= Lésions plus sévères

Infections fongiques 1 - 6 mois : *pneumocystose*

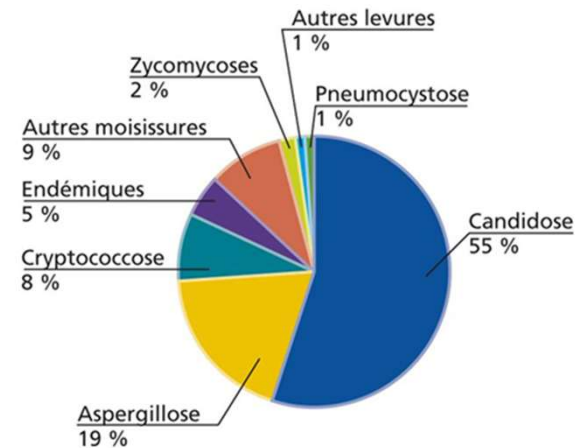
- **IF rare depuis prophylaxie**

Incidence variable selon l'organe

Rein : 5 - 15% hors prophylaxie

- **FDR**

Immunosuppressive therapies	Other clinical factors
Corticosteroids	CMV disease
Chemotherapy	Allograft rejection
Antibody therapies	GVHD
Mycophenolate mofetil	Low CD4 ⁺ T-cell counts
Calcineurin inhibitors	Neutropenia
Sirolimus	



Pappas, 2016

Pneumocystis jiroveci in solid organ transplantation: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice

Jay A. Fishman¹ | Hayley Gans² | on behalf of the AST Infectious Diseases Community of Practice

Clinical Transplantation. 2019

Infections fongiques 1 - 6 mois : *pneumocystose*

- **Prophylaxie primaire**

- Anti-*Pneumocystis* prophylaxis is recommended for all solid organ transplant recipients for at least 6-12 months post-transplant (strong, moderate) and for programs with an incidence of at least 3%-5% of PJP among transplant recipients (strong, moderate).
- For lung and small bowel transplant recipients, with higher intensity of immunosuppression, or with history of prior PJP infection or chronic CMV infections, prolonged prophylaxis may be indicated (strong, low).
- Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) is the drug of choice for prophylaxis of PJP (strong, high).
- Outbreaks of *Pneumocystis* may occur in nosocomial settings, possibly due to person-to-person spread.

Variabilité inter-centre +++

Agents	Dosing
Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX, cotrimoxazole)	Adults/Adolescents: Can be given as either 80 mg TMP/400 mg SMX (single strength) or 160 mg TMP/800 mg SMX (double strength) po (double strength) either daily or three times weekly Children: trimethoprim, 5-10 mg/kg and sulfamethoxazole, 25-50 mg/kg orally (max dose 320 mg TMP and 1600 mg SMX) given once daily 7 d a week or daily dose divided and given twice daily twice or three times weekly
Dapsone	Adults/Adolescents 50-100 mg po qd Children: 2 mg/kg (max 100 mg), orally, once daily or 4 mg/kg (max 200 mg), orally, every week
Atovaquone	Adults/Adolescents 1500 orally, daily Children: 1-3 mo and 24 mo-12 y: 30-40 mg/kg (max 1500 mg), orally, daily 4-24 mo: 45 mg/kg (maximum 1500 mg), orally, daily
Pentamidine	All ages: 300 mg administered through aerosolized nebulizer q 3-4 wk

Infections fongiques 1 - 6 mois : *pneumocystose*

- **Prophylaxie secondaire**
nature, délai débattus...
même stratégie qu'en VIH, monitoring des CD4 ?
- **Cluster de transmission** → enquête +/- reprise prophylaxie chez contacts

Clinical Infectious Diseases

MAJOR ARTICLE



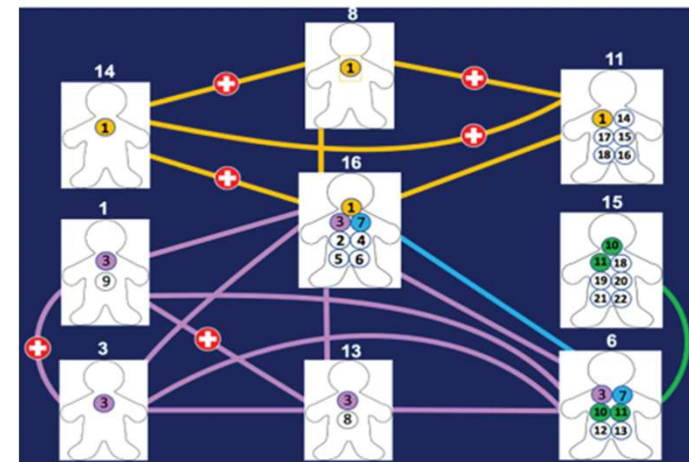
Genetic and Epidemiologic Analyses of an Outbreak of *Pneumocystis jirovecii* Pneumonia Among Kidney Transplant Recipients in the United States

Marwan M. Azar,^{1,6} Elizabeth Cohen,² Liang Ma,³ Ousmane H. Cissé,³ Geliang Gan,⁴ Yanhong Deng,⁴ Kristen Belfield,⁵ William Asch,^{2,5} Matthew Grant,¹ Shana Gleeson,¹ Alan Koff,⁶ David C. Gaston,⁷ Jeffrey Topal,¹ Shelly Curran,³ Sanjay Kulkarni,^{2,4} Joseph A. Kovacs,^{2,4} and Maricar Malinis^{1,8}

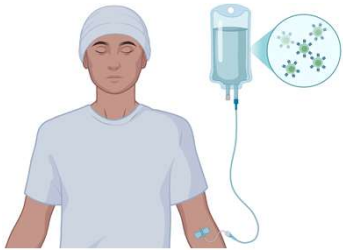
FDR = cs de suivi greffe ?

Pneumocystis Infection Outbreaks in Organ Transplantation Units in France: A Nation-Wide Survey

Solène Le Gal,^{1,2} Dominique Toubas,³ Anne Totet,⁴ Frederic Dalle,⁵ Ahmed Abou Bacar,⁶ Yann Le Meur,⁷ and Gilles Nevez,^{1,2} for the Anofel Association

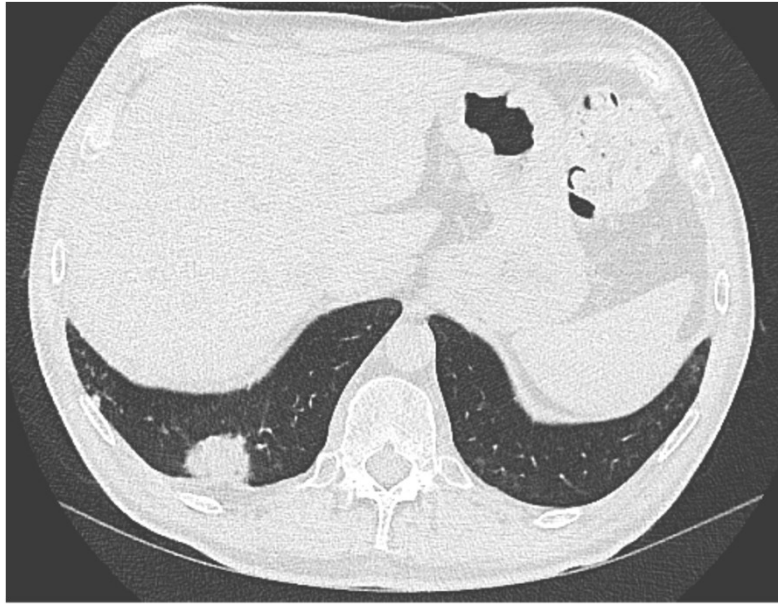
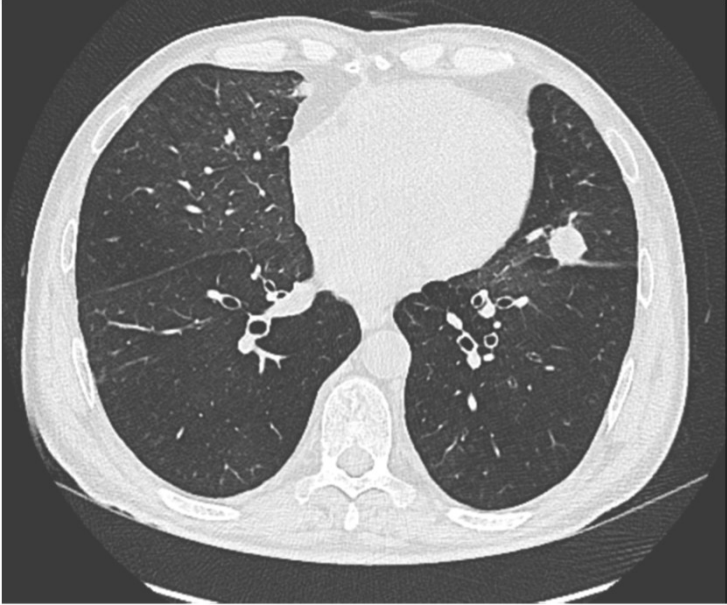
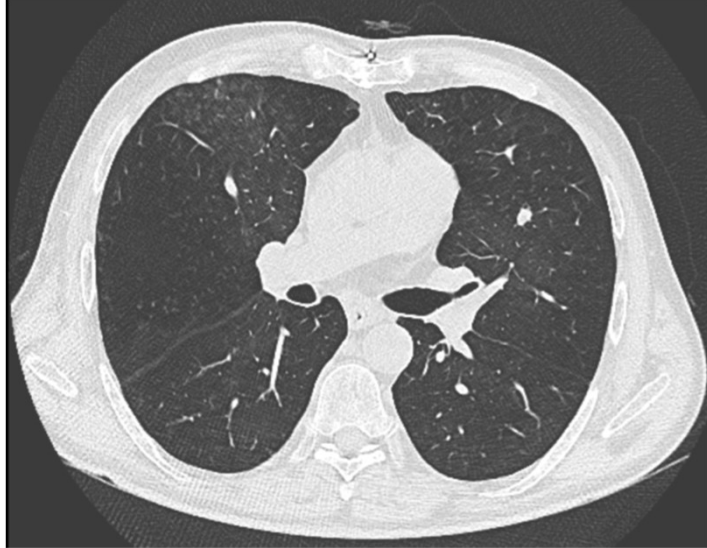
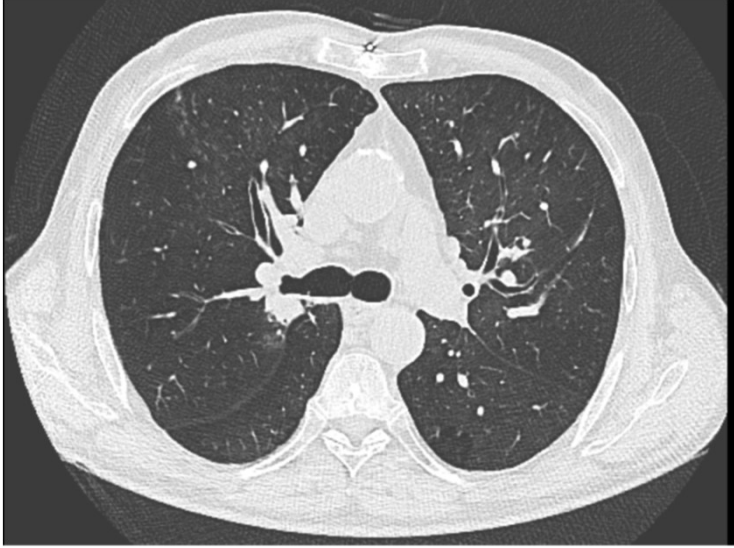


Vignette clinique

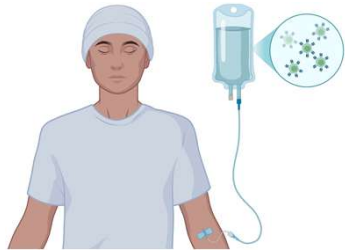


- **Mr D. Pascal 56 ans**
 - Transplantation cardiaque en avril 2018 pour cardiomyopathie ischémiqueCMV D-/R-, EBV R+, toxoplasmose R+
 - Suites simples - sous tacrolimus MMF corticoïdes - prophylaxie SMX/TMP

- **Hospitalisé pour dyspnée en octobre 2018**
 - AEG depuis 1 mois
 - Toux + dyspnée d'effort
 - Inefficacité ATB Amoxi/clav en ville
 - Apyrétique, 95% Sat AA



Cas clinique 2 – Mr P. 56 ans



Pneumonie du patient très immunodéprimé
TDM thoracique : **nodules bilatéraux**
= explorations très larges +++

→ TDM thoracique injecté + GDS

→ **Fibroskopie avec LBA « de l'immunodéprimé »**

Bactériologie standard, recherche *Nocardia*, *M. tuberculosis*

PCR multiplexe virus : grippe, VRS, coronavirus, rhinovirus, CMV, HSV, EBV...

Ag cryptocoque, ED et culture fongique, GM, PCR fongiques (*Aspergillus* et *mucor*)

+/- PCR toxoplasmose

→ **Sang**

Biomarqueurs fongiques : 13BDG, Galactomannane aspergillaire

Antigène cryptocoque , PCR mucorale +/- PCR toxoplasmose, PCR *Aspergillus*

+ Antigénurie Légionelle, PCR nasale virus SARS-CoV-2/grippe/VRS + *Mycoplasma/Chlamydiae/coqueluche*

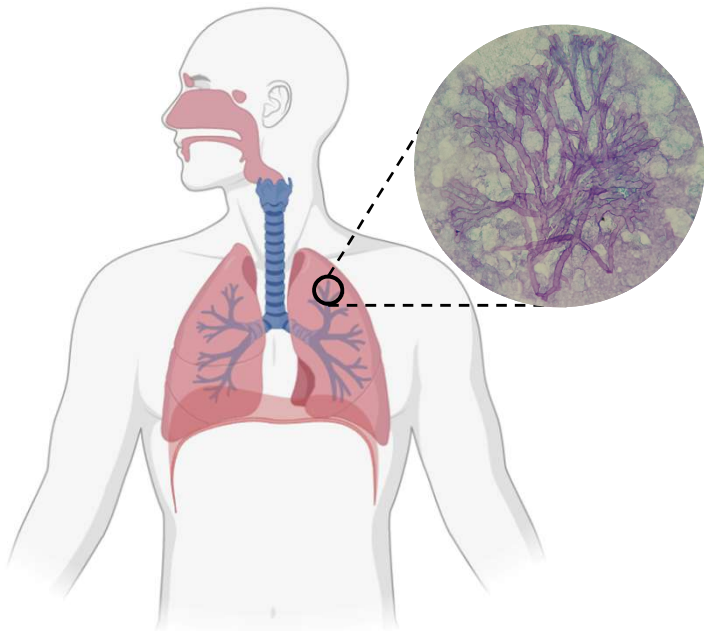
Cas clinique – Mr P. 56 ans



CRP = **58** mg/L

Ag galactomannane (aspergillaire) = **0,72**

β -(1,3)-D-glucanes > **5000** pg/mL



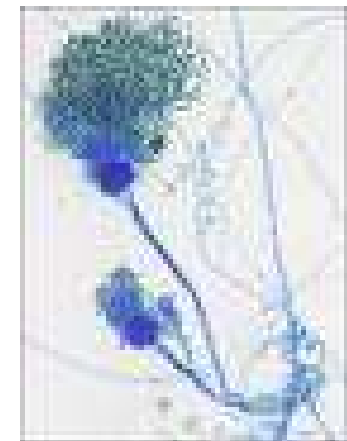
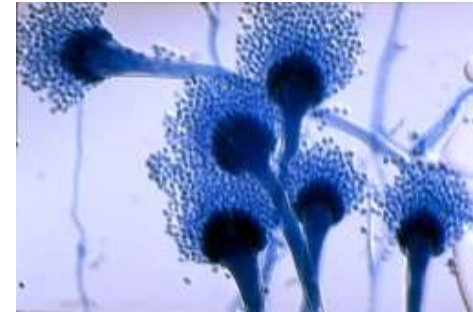
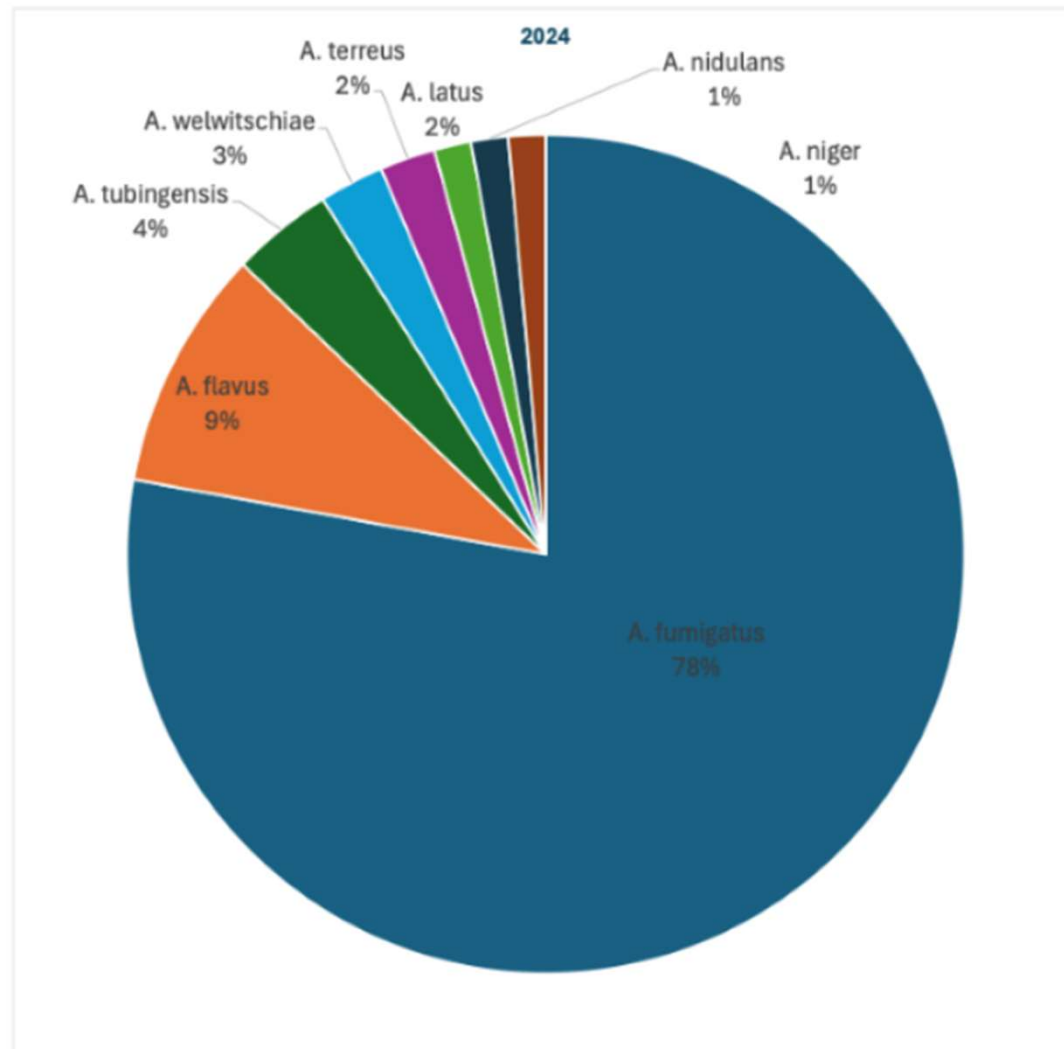
Ag galactomannane = **1,8**,
Filaments mycéliens à l'ED, **culture positive à *A. fumigatus***
multisensible, **qPCR *A. fumigatus* positive**

IRM cérébrale et scanner des sinus normaux

→ **Aspergillose pulmonaire invasive**

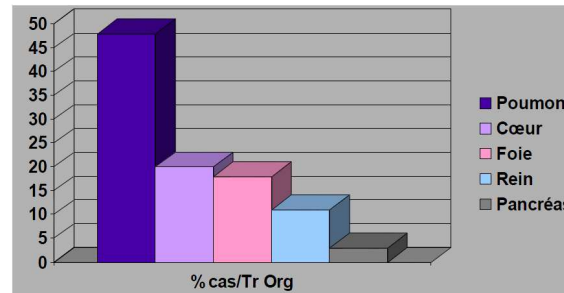
Aspergillus et aspergilloses

Aspergillus = champignon ascomycète cosmopolite



Infections fongiques 1 - 6 mois : *aspergillose*

- Facteurs de risque en TOS



	Aspergillose précoce	Aspergillose tardive	
Foie	<ul style="list-style-type: none"> Retransplantation Insuffisance rénale aiguë post-transplantation Hémodialyse Hépatite fulminante Chirurgie compliquée ou reprise chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> Plus de 6 g d'équivalent prednisonne jusqu'au 3^e mois post-transplantation Insuffisance rénale post-transplantation Hémodialyse post-transplantation Leucopénie (< 500/mm³) Rejet chronique 	<p>Invasive mold infection in heart transplant recipients: A nationwide multicenter matched case-control study between 2008 and 2022 in France</p> <p>Baptiste Hoellinger^{1,2}, Eric Epally³, Fanny Vuotto⁴, Valérie Letscher-Bru⁴, Séverine Loridan^{5,6}, Céline Guemine⁷, Roxane Gosho⁸, Guillaume Laurent⁹, Souleil Guendouz⁴, Giovanna Melica¹⁰, Françoise Bottarel¹¹, Danièle Maubon¹², Aude Boignard¹³, Sabine Pattier¹⁴, Florent Moro¹⁵, Céline Chabanne¹⁶, Jean-Pierre Gangneux¹⁷, Katrien Blanchart¹⁸, Julie Borhomme¹⁹, Sandrine Grosjean²⁰, Frédéric Dalle²¹, Catherine Nallet-Sicot²², Loïc Favennec²³, Benoit Pilimis²⁴, Julien Guilhaire^{25,26}, Anne Gigandon²⁷, Grégoire Pasquier²⁸, Valentin Dupasquier²⁹, Carole Vignals³⁰, Maxime Lefranc³¹, Pauline Tirard-Collet³², Laurent Sebbag³³, Lorena Van Den Bogaart³⁴, Fanny Lantermier³⁵, Makoto Saito³⁶, François Danion^{1,2,37}</p>
Poumon	<ul style="list-style-type: none"> Ischémie de l'anastomose ischémique Stent bronchique Rejet aigu Transplantation monopulmonaire Colonisation aspergillaire du tractus respiratoire prétransplantation ou pendant la 1^{re} année post-transplantation 	<ul style="list-style-type: none"> Rejet chronique 	
Cœur	<ul style="list-style-type: none"> Colonisation aspergillaire du tractus respiratoire Reprise chirurgicale Hémodialyse post-transplantation Hypogammaglobulinémie (IgG < 400 ml/dl) 	<ul style="list-style-type: none"> Réadmission en réanimation Transplantation rénale Plus de deux épisodes de rejet aigu 	<p>Invasive aspergillosis in liver transplant recipients in France (2007-21): a nationwide, retrospective, matched case-control study</p> <p>Coralie Le Hyaric¹, Cléa Melenotte², François Lefebvre, Faouzi Saliba, Françoise Bottarel, Nada El-Domiaty, Jérôme Dumortier, Florence Perrot, Raphaël Do, Grégoire Pasquier, Christophe Camus, Jean-Pierre Gangneux, Nassim Kamar, Xavier Inart, Antoine Mansel, Arnaud Fekkar, Filomena Corti, Fanny Vuotto, Séverine Loridan, François Durand, Christine Biennal, Mathilde Barbaz, Adélaïde Chesnay, Carole Vignals, Maxime Lefranc, Rimsad Guerin, Maxime Maniet, Delphine Weil, Anne-Hélène Billange, Thomas Decams, Danièle Maubon, Fanny Lebossé, Thierry Antzner, Guillaume Morel, Valérie Letscher-Bru, Raoul Herbrecht, Florence Aude, Olivier Lortholary, Agnès Lefart, Céline Guichard, François Danion</p>
Rein	<ul style="list-style-type: none"> Perte du greffon et hémodialyse Hémodialyse post-transplantation Corticothérapie prolongée à forte dose 		
Tous organes	<ul style="list-style-type: none"> Infection à CMV Sous immunosuppresseur 		

Infections fongiques 1 - 6 mois : *aspergillose*

- **Prévention**

- Pas de prophylaxie recommandée en routine

- Indiquée chez le Tpulmonaire - prophylaxie débattue Azolés/aérosols AmphoB

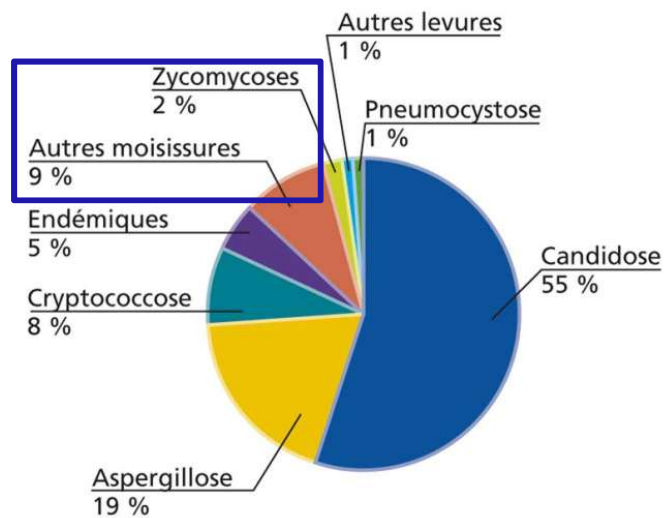
- Thépatique à haut risque

- Maitrise de l'environnement, surveillance épidémiologique, travaux...

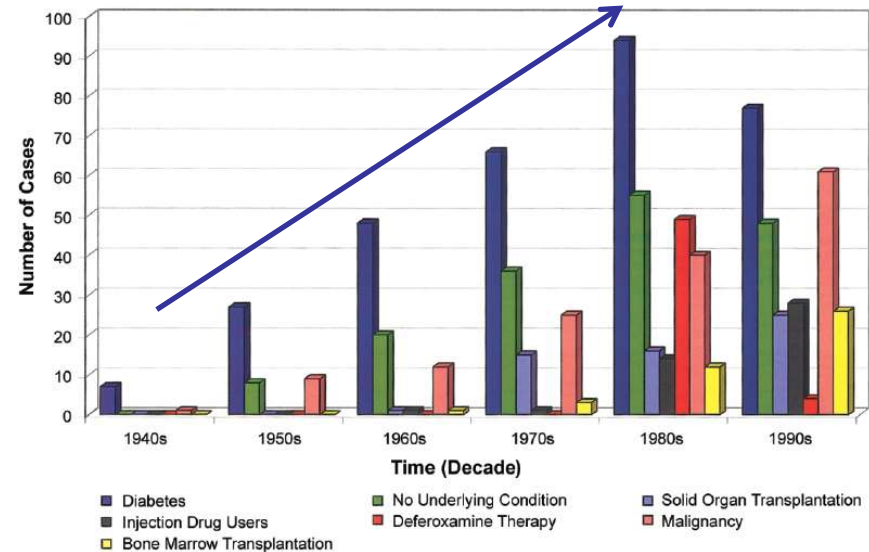
Singh, Am J Transplant 2009

Infections fongiques 1 - 6 mois : *autres IFI*

- *Augmentation des IFI à champignons filamenteux non Aspergillus*

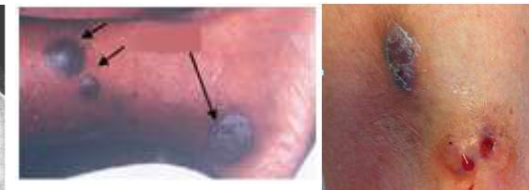
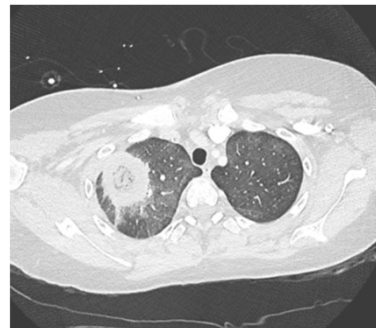


Pappas, CID 2010



Roden, CID 2005

→ *Mucorales, Scedosporium, Fusarium...*



Pappas, CID 2010

Park, Emerg Inf Dis 2011

Mucorales

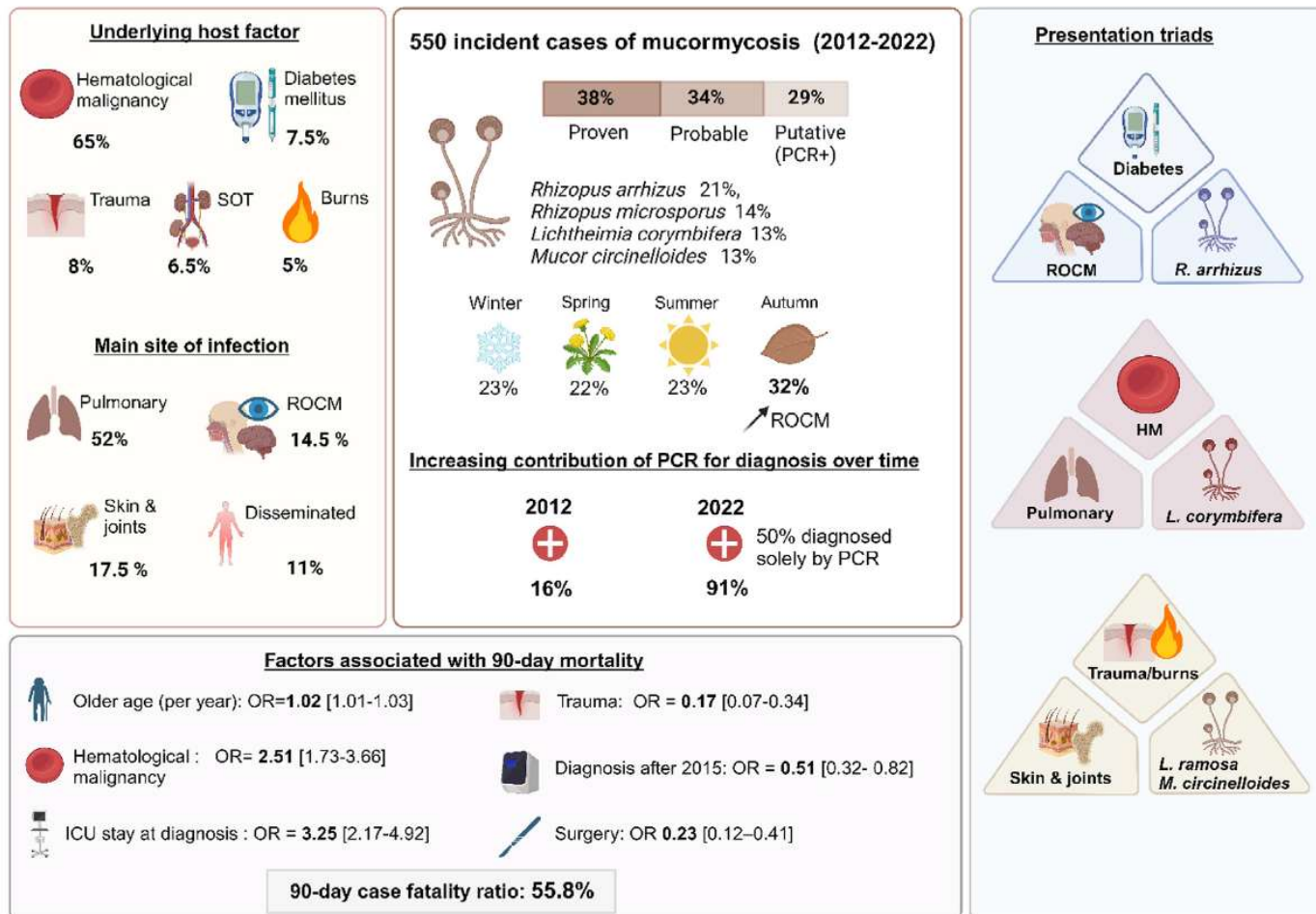
Epidemiology and prognostic factors of mucormycosis in France (2012–2022): a cross-sectional study nested in a prospective surveillance programme



Laura Gouzien,^{a,b} Didier Che,^c Sophie Cassaing,^{d,y} Olivier Lortholary,^{a,e,y} Valérie Letscher-Bru,^{f,g,y} Olivier Paccoud,^e Thomas Obadia,^{a,w} Florent Morio,^h Maxime Moniot,ⁱ Estelle Cateau,^j Marie Elisabeth Bougnoux,^{k,l} Taieb Chouaki,^m Lilia Hasseine,ⁿ Guillaume Desoubeaux,^{o,p} Cecile Gautier,^a Caroline Mahinc-Martin,^q Antoine Huguenin,^{r,s} Julie Bonhomme,^t Karine Sitbon,^a Julien Durand,^{a,u,aa} Alexandre Alario,^{a,u,aa} Laurence Millon,^{v,x,aa} Dea Garcia-Hermoso,^{a,z} and Fanny Lanterrier,^{a,e,w,z} the French Mucorales Study Group

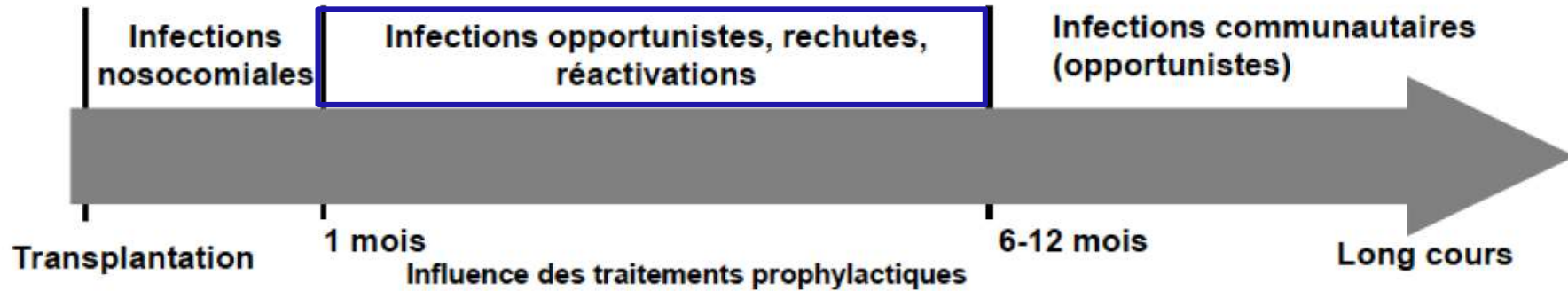


Moississure ubiquitaire



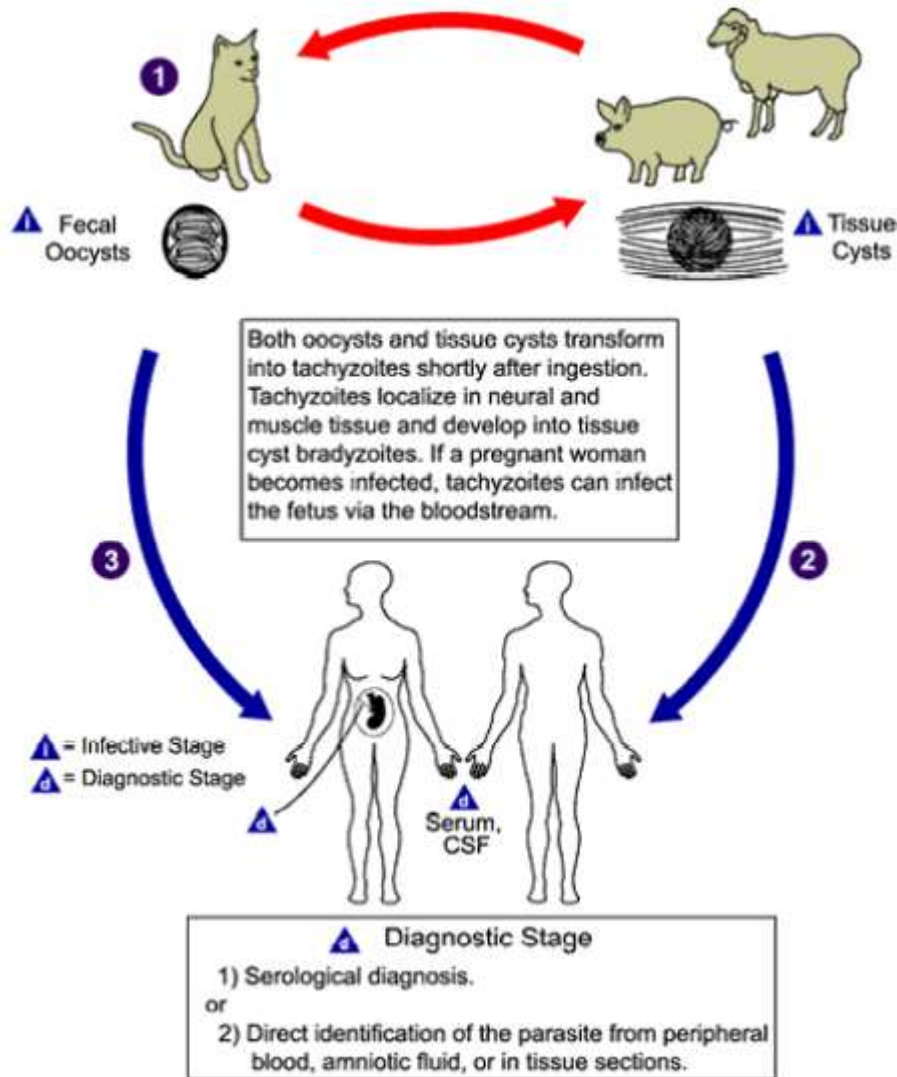
The Lancet Regional Health - Europe 2024;45: 101010

Introduction



1. Infections du 1^{er} mois : ABM, environnement, prophylaxies
2. **Infections entre 1 et 6 mois : prophylaxies +++**
 - virales
 - fongiques
 - parasitaires
 - bactériennes

Infections parasitaires 1 - 6 mois : *toxoplasmose*

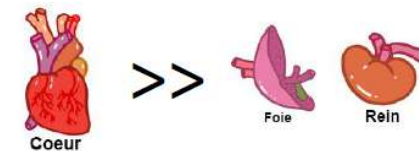


Risk Factors, Clinical Features, and Outcomes of Toxoplasmosis in Solid-Organ Transplant Recipients: A Matched Case-Control Study

Núria Fernández-Sabé,¹ Carlos Cervera,² M. Carmen Fariñas,³ Marta Bodro,¹ Patricia Muñoz,⁴ Mercè Gurgui,⁵

Primo-infection toxoplasmose

→ *Transmission par le greffon*
D+/R-



→ *Contact environnemental*

→ *Réactivation R+*

Infections parasitaires 1 - 6 mois : *toxoplasmose*

- **Prévention :**

- Connaitre statuts D/R

- Prophylaxie primaire

 - Triméthoprimé - sulfaméthoxazole

 - Atovaquone ?

Efficacité combinée antipneumocystose sauf pour aérosols de Pentamidine

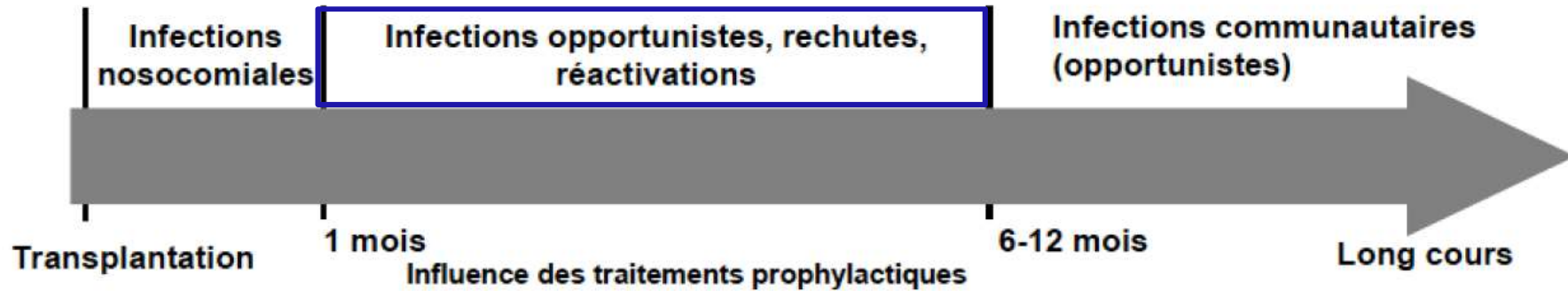
Systématique en Tcoeur pour les D+/R-

- Stratégie préemptive de surveillance PCR chez les hauts risques ?

- Règles hygiéno-diététiques : port de gants et lavage des mains après contact avec les chats, jardinage, nettoyer fruits/légumes/herbes aromatiques, cuisson à cœur de la viande/congélation viande, éviter poissons et viandes crus/salés/fumés...



Introduction



1. Infections du 1^{er} mois : ABM, environnement, prophylaxies
2. **Infections entre 1 et 6 mois : prophylaxies +++**
 - virales
 - fongiques
 - parasitaires
 - bactériennes

Infections bactériennes 1 - 6 mois : *tuberculose*

- **Incidence :**

- TOS risque x 20-74, Rein +++
- 2,3-3,5% en fonction zone endémie
- Réactivation tuberculose latente, exceptionnels cas décrits de transmission par le greffon
- 3-12 mois

Abad TID 2019

- **Diagnostic :**

Organ involvement	<ul style="list-style-type: none">• Extrapulmonary and disseminated tuberculosis more common (45%–67% of cases) [5, 6, 8]• May occur in uncommon sites of tuberculosis involvement including kidneys, gastrointestinal tract, joints, and skin
Symptoms	<ul style="list-style-type: none">• Symptoms may be nonspecific including fever, weight loss, night sweats• Fever seen in most patients and tuberculosis should be considered in SOT recipients with fever of unknown origin [6]
Time to diagnosis	<ul style="list-style-type: none">• Often delayed due to extrapulmonary involvement, atypical presentations and imaging, and coinfections [6–8, 16]

Horne CID 2013

- **Prévention :**

- Dépistage et TTT de l'ITL en pré-greffe par IDR ou Quantiféron/Elispot tuberculose
- Schéma préférentiel par ISONIAZIDE seul 6 mois

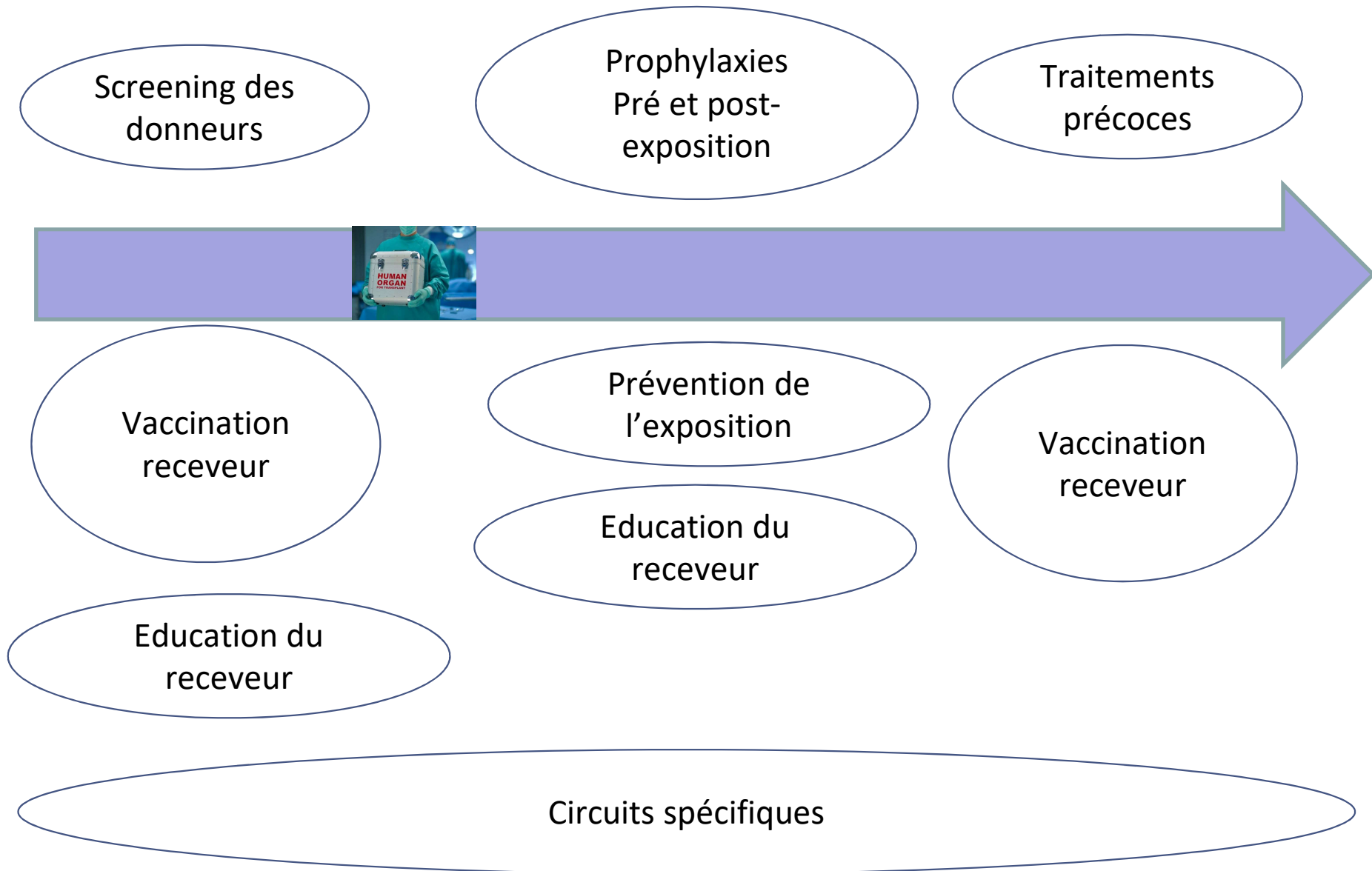
Milburn Thorax 2010

Introduction



1. Infections du 1^{er} mois : ABM, environnement, prophylaxies
2. Infections entre 1 et 6 mois : prophylaxies +++
3. **Infections après 6 mois : vaccination +++**

Stratégies de prévention



Screening des donneurs

- *Coordination par l'Agence de Biomédecine*
- *Screening donneurs*
- *Suivi des liquides de conservation du greffon*
- *Attention « tourisme de transplantation »*
Chine, Pakistan, Brésil, Inde....
Transmission paludisme, maladie de Chagas, rage...par le greffon



Prophylaxies médicamenteuses

- *Nature et durée : variabilité intercentres +++*
- *TMP/SMX pour pneumocystose et toxoplasmose*
- *Valganciclovir pour patients à risque CMV*
- *Autres prophylaxies antifongiques en fonction du risque : transplantation pulmonaire, hépatique à haut risque...*
- *(Prophylaxie pré-exposition SARS-CoV-2 du patient transplanté non répondeur à la vaccination)*

Casirivimab/imdesivimab puis Tixagévimab/cilgavimab avec variant omicron puis stop



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

relatif à l'utilisation d'Evusheld® en prophylaxie pré-exposition de Covid-19

Conseil d'Orientation de la Stratégie Vaccinale

Note du 28 mars 2022

Adaptation des recommandations de protection des personnes profondément immunodéprimées contre la Covid-19

Prophylaxies post-exposition



19 février 2016

Guide pour l'immunisation en post-exposition Vaccination et immunoglobulines

- ***Contage varicelle***
 - Administration Ig antiVZV (VARITECT) dans les 72h au mieux (jusque 10 jours)
 - Aciclovir discuté après 72h
- ***Contage rougeole***
 - Administration Ig polyvalentes dans les 6 jours

Prévention de l'exposition = *Safe living*

TRANSMISSION RESPIRATOIRE

- **Port du masque (chirurgical voire FFP2) en collectivité, lieux publics, milieu de soins...
Aménagement du poste de travail si possible**

virus respiratoires dont grippe, VRS, SARS-CoV-2, CMV...



- **Eviter l'exposition aux moisissures : chantiers, zones agricoles, compost, habitat...
Aspergillus, mucorales...**



+ Fiche info patient MMIF

- **Eviter l'inhalation de déjections d'oiseaux : poulailler, pigeonnier, oiseaux...
Cryptococcus**



Prévention de l'exposition = *Safe living*

TRANSMISSION CONTACT

- **Lavage de mains après contact sécrétions humaines/aliments/animaux/jardinage...**
virus respiratoires, toxoplasmose, pyogènes...



- **Alimentation : bien laver fruits et légumes, éviter la consommation de viande/poisson/fruits de mer crus et fromage non pasteurisé...**

Laver régulièrement le réfrigérateur

toxoplasmose, *Listeria*, entéropathogènes
(*Salmonelle*, *Campylobacter*...), VHE



- **Animaux**

éviter contact avec excréments de chat si non immunisé toxoplasmose

éviter les animaux à sang froid (*Salmonelle*)

gants pour contact avec l'eau des animaux aquatiques (mycobactéries atypiques)

- **Rapports sexuels protégés**



Prévention de l'exposition

- **Evolutif : Anguillulose**

2022 : 2 décès de patients transplantés à M3,5 et M4 à partir d'un même donneur ayant voyagé à la Réunion

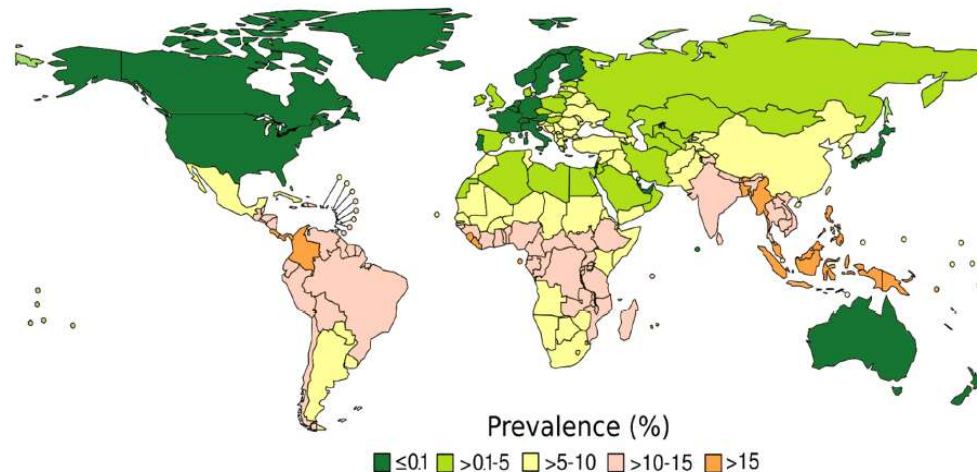


Figure 2. Prevalence of *Strongyloides stercoralis* infection, modified from The Global Prevalence of *Strongyloides stercoralis* Infection, Pathogens 2020.

Dora Buonfrate et al, Pathogens 2020



Haut Conseil de la santé publique

AVIS

sur le risque de transmission de *Strongyloides stercoralis* par les éléments et produits issus du corps humain

Séro systématique :

- chez le donneur
- en pré-greffe

Prévention de l'exposition

- **Exposition particulière ?**

Leishmaniose



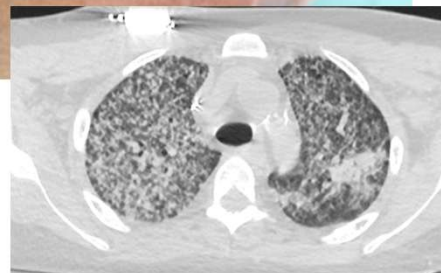
Phaeomycose



Nocardiose



Histoplasmosse



Spécificités des pathologies infectieuses chez les transplantés rénaux dans les territoires ultramarins

Tropical infectious complications of kidney transplant recipients in the French overseas territories

L. Cachera¹, E. Oehler², M. Lagrange³, R. Manaquin⁴, N. Quirin⁵, M. Sidibe⁶, T. Gbaguidi⁶, T. Davoudoun⁶, L. Tardieu⁷, K. Abdelmoumen⁸, H. Vacher-Coponat⁹, A. Cabié¹⁰, P.M. Roger¹¹, A. Scemla¹², F. Lanternier¹³, L. Epelboin¹⁴

Lettre de l'infectiologue – Juin 2023

+ Chagas (sérologie +/- PCR) pour Guyane
Déficit en G6PD pour R, M, Gy, M/G

Pourquoi vacciner les patients TOS ?

1. Grefe = immunosuppression = risque infectieux
2. Infection = facteur de risque de rejet
3. (La vaccination n'est pas un facteur de risque de rejet)

Vaccine 34 (2016) 3598–3606



Risk of solid organ transplant rejection following vaccination with seasonal trivalent inactivated influenza vaccines in England: A self-controlled case-series



Gaël Dos Santos^{a,*}, François Haguinet^{b,1}, Catherine Cohet^b, Dave Webb^c, John Logie^c, Germano L.C. Ferreira^{b,2}, Dominique Rosillon^b, Vivek Shinde^{b,3}

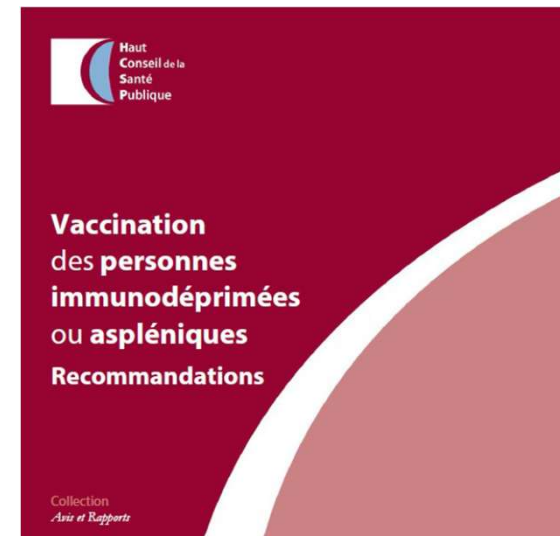
In conclusion, we found no evidence of an increased risk of SOT rejection following vaccination with TIIVs in three consecutive influenza seasons using the SCCS method. Although additional research is needed to determine formally if the finding in renal transplant recipients can be extended to other SOT subgroups as well as to all TIIV brands, our study presents reassuring evidence of the safety profile of TIIVs when administered to SOT recipients. The

Particularités TOS

- Réponse vaccinale de mauvaise qualité
 - rapprocher les rappels (ex dTP)
 - augmenter la dose d'antigène vaccinal (ex VHB)
- Contre-indication des vaccins vivants
- Des données essentiellement d'immunogénicité
 - peu de données d'efficacité
 - données de tolérance
- Hétérogénéité des patients
 - enfant/adulte
 - protocoles d'immunosuppression

Recos Europe en cours de publication

Recos France en cours



En pratique

Toujours préférer vaccination en pré greffe où meilleure réponse vaccinale

AVANT GREFFE

- Mise à jour du calendrier vaccinal
- Faire les vaccins pour les infections dites « opportunistes » et vaccins vivants si nécessaire
- Entourage

APRES GREFFE

- Attendre 6 mois avant de vacciner (sauf COVID +/- grippe)
- Repartir sur calendrier vaccinal plus serré que la population générale
- Entourage



Suivi et traçabilité
Consultation dédiée greffe



Vaccins vivants

Contre-indiqué chez le patient TOS

ROR, BCG, varicelle, fièvre jaune, grippe voie intranasale

Risque de maladie vaccinale



Case Report

Disseminated vaccine-strain varicella as initial presentation of the acquired immunodeficiency syndrome: A case report and review of the literature

Ryan C. Maves^{a,b,c,*}, Michael S. Tripp^{a,c}, Trevor G. Dell^d, Jason W. Bennett^{d,e}, Jaspal S. Ahluwalia^{d,f}, Cindy Tamminga^{a,g}, James C. Baldwin^h, Clarise Rivera Starr^h, Michael D. Grinkemeyer^h, Michael P. Dempsey^{a,h}

Varicelle grave J30 après 1^{ère} dose de Varivax
Découverte de VIH+
Prélèvement positif souche vaccinale OKA



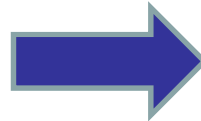
→ Vacciner en pré-transplantation au minimum 4 semaines avant transplantation

Vaccin Diphtérie/Tétanos/Polio/Coqueluche

Recommandations

- Rappel en pré-transplantation
- Rappels en post-transplantation

Population générale
Rappels à 25 - 45 - 65 ans



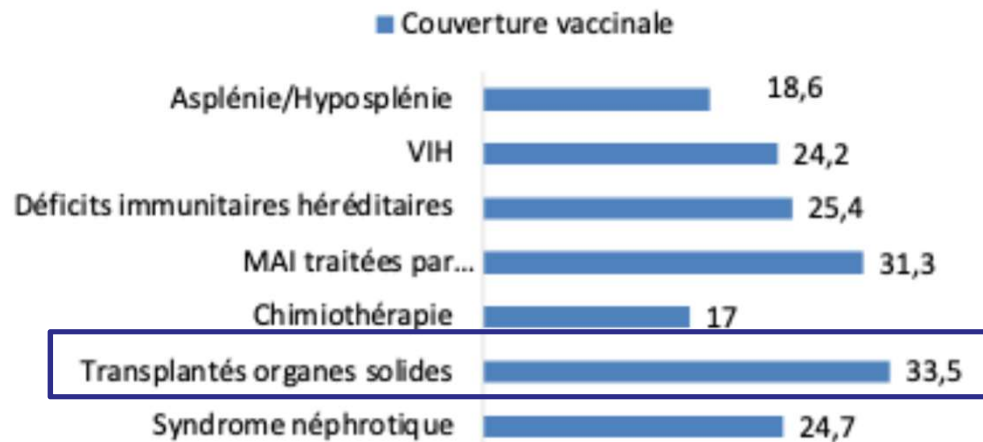
Transplanté
Rappels **tous les 10 ans**

- Coqueluche : intérêt collectif
- TOS voyageur en pays endémique de diphtérie
Ac anti-diphtérie baissent \approx 12 mois
→ *surveillance sérologique +/- rappel*

Vaccination Pneumocoque

Recommandations patient

- Vacciner en pré-transplantation
PCV20 ou PCV21
- Post-transplantation ???
 - à 6 mois si pas de vaccination pré-greffe
 - à 3 ans si vaccination pré-greffe
 - intérêt des rappels ultérieurs ?



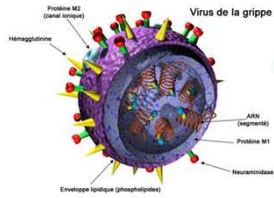
1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

La HAS s'est autosaisie et a inscrit à son programme de travail de l'année 2025, la révision de la stratégie de vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (IIP) chez les nourrissons, les enfants et les adultes. Ce travail porte une révision globale de la stratégie et l'évaluation de l'inclusion du vaccin pneumocoque conjugué 20-valent PREVENAR 20 (VPC 20) dans les recommandations vaccinales pour les nourrissons, enfants et adolescents, et celle du vaccin pneumocoque conjugué 21-valent CAPVAXIVE (VPC 21), pour les adultes de 18 à 64 ans à risque d'IIP et les adultes de 65 ans et plus.

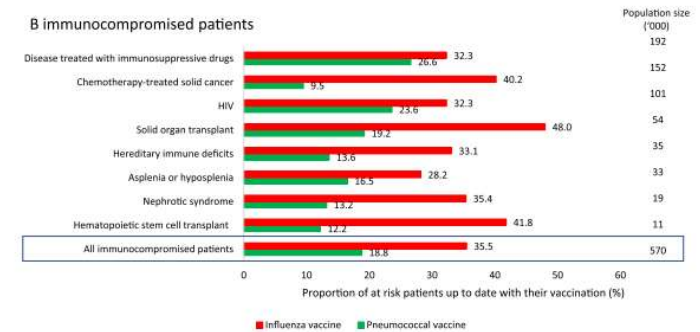
Concernant le vaccin VPC 20, le 11 mars 2024, Pfizer a obtenu une extension de l'autorisation de mise sur le marché (AMM, Erreur ! Source du renvoi introuvable.) dans l'indication d'immunisation active pour la prévention des maladies invasives, des pneumonies, et des otites moyennes aiguës, causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les nourrissons, les enfants et les adolescents âgés de 6 semaines à moins de 18 ans et a demandé une recommandation préférentielle de VPC 20 (versus les autres vaccins pneumocoques conjugués disponibles en France), dans la stratégie vaccinale française contre les maladies pneumocoques. L'Agence européenne des médicaments (EMA) a octroyé une AMM pour VPC 20 selon un schéma à 4 doses (primovaccination de trois doses suivies d'une dose de rappel) (1, 2). Son utilisation préférentielle pourrait améliorer la couverture des sérotypes (les sérotypes en commun avec les vaccins pneumocoques conjugués 13- et 15-valents et les sérotypes 8, 10A, 11A 12F, 15B/C en plus) de pneumocoque circulant en France chez les

Vaccination Grippe



Recommandations patient

- Vaccin inactivé
- Vaccination annuelle en octobre/novembre
- Avant la greffe
- Et dès 6 mois après la greffe



Bon CPAM gratuité vaccination

Evolution prévisible sur dose (high dose ?) et schéma (2 doses ?)

Recommandations entourage

- Vaccination annuelle entourage au domicile y compris les enfants
Gratuité vaccination sur justificatif
- Vaccination annuelle personnel de santé, particulièrement les professionnels travaillant au contact des personnes à risque

Vaccination anti-grippale
La vaccination contre la grippe vous est recommandée : ce bon de prise en charge vous est remis par votre médecin ou votre sage-femme

Notice d'utilisation
Valable 1 - Prise en charge du vaccin anti-grippal
A remplir par votre médecin ou votre sage-femme pour la prescription du vaccin anti-grippal et par votre pharmacien pour le délivrance (gratuité de la prise en charge)

Valable 2 - Prescription de prise en charge de l'injection du vaccin anti-grippal
A remplir par votre médecin ou votre sage-femme pour la délivrance de la prise en charge de la réduction de l'impact de la grippe (à compléter par l'intermédiaire ou le pharmacien qui effectue la vaccination)

Prise en charge du vaccin anti-grippal
N° d'identification : _____
Date et lieu de naissance du bénéficiaire : _____
Code organisme : _____

A remplir par le médecin ou le sage-femme / **A remplir par le pharmacien**

Prescription et prise en charge de l'injection du vaccin anti-grippal
N° d'identification : _____
Date et lieu de naissance du bénéficiaire : _____
Code organisme : _____

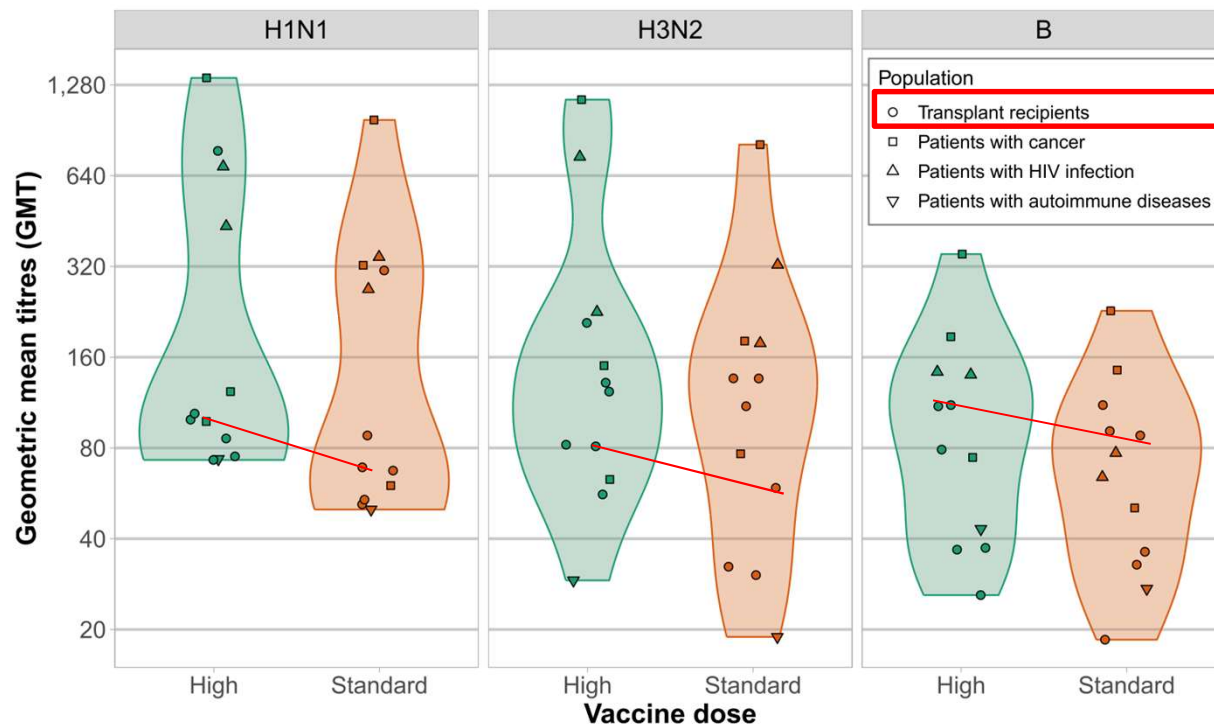
CPAM - www.cnam.fr



Vaccin grippe forte dose

= Vaccin inactivé avec 4 souches virales (2A dont H3N2, 2B) :
60 mg d'Ag hémataglutinine vs 15 mg vaccin standard
→ meilleure efficacité

High-dose versus standard-dose influenza vaccine for immunocompromised patients: A systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials



Intérêt +++

Pas de recommandation,
ni de remboursement

Vaccination VHB

Recommandations

- Vacciner en pré-transplantation le plus précocement possible dans l'évolution de la maladie
 - Schéma accéléré M0-M1-M2-M6
 - Double dose à 40 µg chez le patient cirrhotique ou insuffisant rénal chronique
- Post-transplantation
 - Schéma accéléré M0-M1-M2-M6 en double dose à 40 µg
- Suivi annuel post-transplantation du taux d'anticorps
 - Rappel si taux < à 10 UI

Zona

= Incidence et gravité ↗ ↗ ↗ population générale
localisations à risque, 20% douleurs neuropathiques résiduelles

Vaccin SHINGRIX® :

- Prévention de 90 % survenue zona
- 88 % survenue douleurs neuropathiques



Recommandations

Avec un objectif de simplification du calendrier vaccinal et de communication auprès du grand public afin d'améliorer la couverture vaccinale, après son évaluation, **la HAS préconise la vaccination contre le zona des adultes immunocompétents de 65 ans et plus, préférentiellement avec le vaccin Shingrix.**

La HAS recommande également la vaccination contre le zona avec le vaccin Shingrix des personnes de 18 ans et plus, dont le système immunitaire est défaillant, en raison des pathologies innées (par exemple un déficit immunitaire primitif) ou acquises (par exemple immunodépression liée à l'infection par le VIH) ou d'un traitement (par exemple la corticothérapie au long cours ou les traitements immunosuppresseurs). La vaccination des immunodéprimés fera l'objet de recommandations spécifiques.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION **Recommandations vaccinales contre le Zona. Place du vaccin Shingrix**

Validé par le Collège le 29 février 2024

Autres vaccins : Vaccin HPV

Infections à HPV du patient TOS

x 17 versus immunocompétent

↗ risque + élevé d'évolution vers des lésions tumorales ano-génitales, souvent multifocales et récidivantes



Recommandations

- Vaccination en pré-greffe quand possible, sinon en post-greffe
vaccin nonavalent en 3 injections M0-M2-M6
Jusqu'à l'âge de 26 ans, filles et garçons

→ *Au-delà de 26 ans, à proposer si ATCD de condylomes, lésion du col...*



Autres vaccins : Vaccin VRS

Essais phase III, internationaux, randomisés, contrôlés contre placebo, personnes âgées ≥60 ans

Critère d'exclusion : immunodépression

ORIGINAL ARTICLE

Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine in Older Adults

A. Papi, M.G. Ison, J.M. Langley, D.-G. Lee, I. Leroux-Roels, F. Martinon-Torres, T.F. Schwarz, R.N. van Zyl-Smit, L. Campora, N. Dezutter, N. de Schrevel, L. Fissette, M.-P. David, M. Van der Wielen, L. Kostanyan, and V. Hulström, for the ARESVI-006 Study Group*

ORIGINAL ARTICLE

Efficacy and Safety of a Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Older Adults

E.E. Walsh, G. Pérez Marc, A.M. Zareba, A.R. Falsey, Q. Jiang, M. Patton, F.P. Polack, C. Ulapur, P.A. Doreski, K. Ilangovan, M. Rämets, Y. Fukushima, N. Hussen, L.J. Bont, J. Cardona, E. DeHaan, G. Castillo Villa, M. Ingilizova, D. Eiras, T. Mikati, R.N. Shah, K. Schneider, D. Cooper, K. Koury, M.-M. Lino, A.S. Anderson, K.U. Jansen, K.A. Swanson, A. Gurtman, W.C. Gruber, and B. Schmoele-Thoma, for the RENOIR Clinical Trial Group*

ORIGINAL ARTICLE

Efficacy and Safety of an mRNA-Based RSV Pref Vaccine in Older Adults

E. Wilson, J. Goswami, A.H. Baqui, P.A. Doreski, G. Perez-Marc, K. Zaman, J. Monroy, C.J.A. Duncan, M. Ujjie, M. Rämets, L. Pérez-Breva, A.R. Falsey, E.E. Walsh, R. Dhar, L. Wilson, J. Du, P. Ghaswalla, A. Kapoor, L. Lan, S. Mehta, R. Mithani, C.A. Panozzo, A.K. Simorellis, B.J. Kuter, F. Schödel, W. Huang, C. Reuter, K. Slobod, S.K. Stoszek, C.A. Shaw, J.M. Miller, R. Das, and G.L. Chen, for the ConquerRSV Study Group*

Type de vaccin	RSVpreF3-AS01	RSVpreF	mRNA-1345
Nombre de sujets	24,966	34,284	35,541
n LRTD VRS+	47 (2S+ ou 3 S+)	44 (2S+) / 16 (3S+)	64 (2S+) / 20 (3S+)
Efficacité vaccinale	82,6%	66,7% - 85,7%	83,7% - 82,4%

Papi NEJM 2023 – Walsh NEJM 2023 – Wilson NEJM 2023

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
DES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE

RECOMMANDATION
Stratégie vaccinale de prévention des infections par le VRS chez l'adulte âgé de 60 ans et plus

Validé par le Collège le 27 juin 2024

Recommandation vaccination VRS

- chez le plus de 75 ans
- chez le plus de 60 ans avec comorbidités (pathologies respiratoires ou cardiaques chroniques)

SF2H
Prévention du Risque Infectieux

SFM
Société Française de Microbiologie

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GÉRIATRIE et GÉRONTOLOGIE

SPLF
Société de Pneumologie et de Physiologie Respiratoire

Spl4

La vaccination des personnes âgées hospitalisées ou institutionnalisées contre les agents d'infections respiratoires communautaires : une occasion manquée pour la vaccination contre le virus respiratoire syncytial (RSV) ?

Avis du 25 mars 2025



Autres vaccins : Vaccin VRS

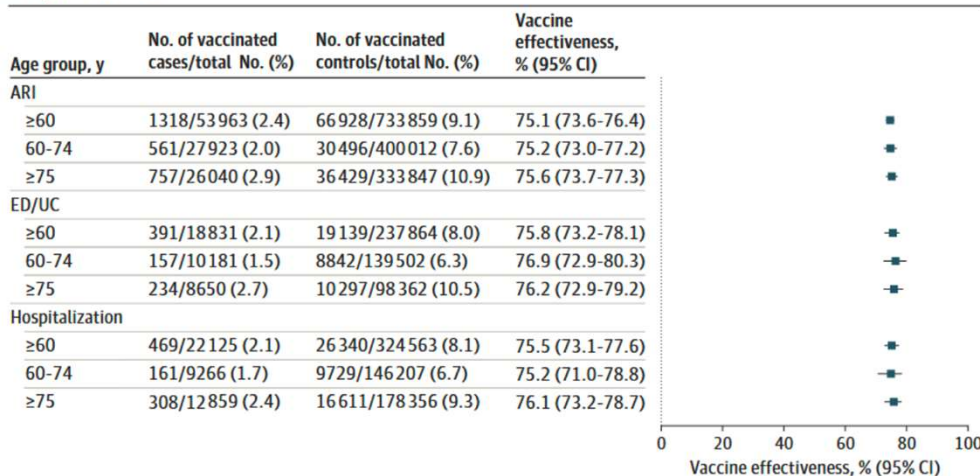
Original Investigation | Infectious Diseases

Effectiveness and Safety of Respiratory Syncytial Virus Vaccine for US Adults Aged 60 Years or Older

Sarah E. Fry, BS; Pauline Terebuh, MD, MPH; David C. Kaelber, MD, PhD, MPH; Rong Xu, PhD; Pamela B. Davis, MD, PhD

Etude test-negative design
n=787 722 patients

Figure 1. Estimated Vaccine Effectiveness Against Respiratory Syncytial Virus–Associated Medically Attended Respiratory Illness, Emergency Department or Urgent Care Visits, or Hospitalizations, October 1, 2023, to April 30, 2024



Très bonne efficacité en vie réelle (~75%) pour prévenir les évènements cliniques liés au VRS chez les personnes âgées :

- ✓ hospitalisation
- ✓ passage aux urgences
- ✓ infection VRS grave (USI)
- ✓ y compris chez l'immunodéprimé

(65-72% prévention H)

Payne Lancet 2024 – Tartof JAMA Netw Open 2024 – Bajema Lancet Infect Dis 2025 – Fry JAMA Netw Open 2025

Intérêt +++

Schéma renforcé ?

Pas de recommandation, ni de remboursement mais saisine HAS en cours

Autres vaccins

- ***Haemophilus influenzae***

Pas de recommandations - variabilité inter centres

Pathologies bronchopulmonaires associées, hypogammaglobulinémie, parfois systématique chez le T rein

- **Méningocoque**

Recommandations en population générale Méningo jusque 24 ans

Variabilité inter centres

Vaccination en quadrivalent les sujets

jeunes/voyageurs/hypogammaglobulinémie ou hyposplénisme associé

- **COVID**

- **VHA, typhoïde...**



→ Recos Europe et France en cours

En pratique



- **Consultation dédiée pré et post-greffe**



cerfa
n° 14405*01

Ordonnance bizone
Articles L.322-3, 3^e et 4^e, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification du prescripteur (nom, prénom et identifiant)	Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille Service de Maladies infectieuses TEL : 03.20.44.57.43 FAX : 03.20.44.57.39 Hôpital Claude Huriez N° INSEE 590811270
Identification du patient (Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (souligné et c/s) y a lieu) à compléter par le prescripteur	

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

Lille, le

- PREVENAR 20 : 1 injection
- Vaccin antigrippal : 1 injection annuelle Plus de 60 ans : Vaccin fortement dosé EFLUELDA
- Vaccin anti-SARS-CoV-2 : 1 injection
- Vaccin dTcaP : 1 injection
- Vaccin dTP : 1 injection
- Vaccin Méningocoque ACYW : 2 injections à 6 mois d'intervalle
- Vaccin Méningocoque C : 1 injection
- Vaccin Méningocoque B : 2 injections à un mois d'intervalle
- Vaccin *Haemophilus b* (ACT-Hib) : 1 injection
- Vaccin VHB (rappel) : 1 injection à 20µg
- Vaccin VHB : 2 injections à 20µg espacées d'1 mois et 3^{ème} injection à 6 mois
- Vaccin VHB (schéma accéléré) : 3 injections à 20µg à J0, J7 et J21, rappel à 12 mois (M0, M1, M6)
- Vaccin VHB : 3 injections à 40µg espacées d'1 mois et 4^{ème} injection à 40µg à 6 mois (M0, M1, M2, M6)
- Vaccin VHA : 2 injections à 6 mois d'intervalle
- Vaccin HPV nonavalent : 2 injections espacées de 6 mois
- Vaccin HPV nonavalent : 2 injections espacées d'1 mois et 3^{ème} injection à 6 mois

Service de Maladies Infectieuses
HOPITAL Claude HURIEZ



Cher confrère,

J'ai vu ce jour en consultation de prévention du risque infectieux votre patient, Mr....., âgé de, àmois d'une transplantation cardiaque.

Chef de service
Pr FAHRE Martin

Praticiens Hospitaliers
Dr VUOTTO Enzo
Dr CHOPIN Marie-Charlotte

Ateliers
Dr BOYER-BESSEYRE Mariella
Dr ALFANDARI Serge

Chef de Clinique
Dr FILALI Amel

Chefs de Clinique Assistants
Dr BOULAHJ Maroun
Dr PANAGET Sophie

Atelier de Recherche Clinique
CHARLET Clément

Cadre Supérieur de Santé
Mme BOUTIN Marie

Cadre Infirmier
Mme CARRON Maryse

Cadre de Santé
Mme QUESSONNIER Hélène
☎ 03.20.44.57.40

Secrétariat
☎ 03.20.44.57.43
Fax : 03.20.44.57.39

Accueil Hospitalisation
☎ 03.20.44.57.62 Poste : 301 424
Fax du Service : 03.20.44.57.47

Dr Infirmerie
☎ 03.20.44.57.49

Transplantation cardiaque le

Indication :
Statut CMV :
Statut EBV :
Statut Toxoplasmose :
Vaccins pré-greffe :

Suites de la transplantation :

Date de la dernière biopsie myocardique :

Traitement actuel

Immunosuppresseurs :
Prophylaxies anti-infectieuses :

Mode de vie :

Etat clinique actuel :

1/ Concernant le risque infectieux :

En raison du traitement immunosuppresseur, Mr ...est à risque de complications infectieuses, en particulier d'infections opportunistes. Je l'informe de la nécessité d'un recours médical rapide en cas de fièvre, de dyspnée ou de symptômes inhabituels.

2/ Sur le plan des vaccinations :

Carnet de vaccination :

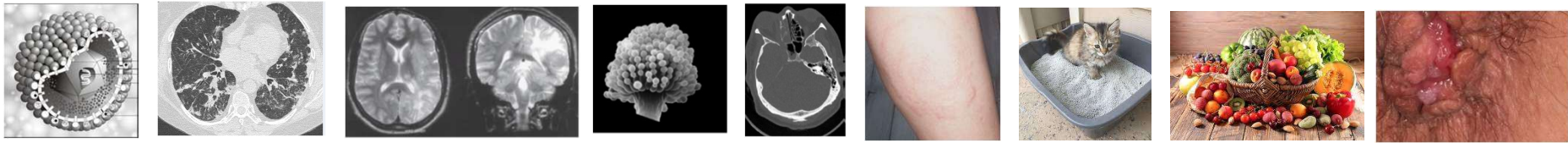
DTP(Coq) :

Mr...devra bénéficier d'une vaccination par le DTP tous les 10 ans.

Grippe :

Mr...devra bénéficier d'une vaccination contre la grippe saisonnière chaque saison grippale et ceci dès les mois d'octobre

Conclusion



- *Complications infectieuses fréquentes après transplantation*
- *Stratégies de prévention variées, variabilité fonction de la greffe et du centre +++*

