

# LA GREFFE DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOIETIQUES



L.TARDIEU  
INFIRMIÈRE COORDINATRICE DE GREFFE  
HÉMATOLOGIE CLINIQUE ET THÉRAPIE CELLULAIRE

# L'AUTOGREFFE



## Indications:

- Myélome multiple
- Lymphome non Hodgkinien
- Maladie de Hodgkin en rechute

## Plus rarement :

- Leucémie lymphoïde chronique
- Leucémie aigue lymphoblastique

Dans le service de 30 a 50 autogreffes par an.

# PRINCIPE DE L'AUTOGREFFE



- Traitement par chimiothérapie intensive pour éradiquer toutes les cellules malignes
- Réinjection du greffon autologue
- Diminution du temps d'aplasie avec affaiblissement des risques liés au déficit immunitaire.
- Hospitalisation de 3 à 4 semaines
- Pas de rejet
- Risque de rechute

# LES CELLULES SOUCHES



- Cellules immatures capable de fabriquer toutes les cellules du sang. (progéniteur)
- Siège dans la moelle osseuse (os plats ) ou elles se multiplient
- A l'état naturel ,peu présentent dans le sang
- Stimulation par facteur de croissance (injection en voie s/c) pour les recueillir dans le sang

# LA CYTAPHERESE



# METHODE



- Prélèvement a l'EFSAL
- Le patient est relié à une machine séparateur de cellules
- Durée de la séance 3 à 4 heures
- 2 séances nécessaires pour le recueil du greffon
- Congélation du greffon
- Destruction au décès du patient

# REINJECTION



- Après conditionnement par chimiothérapie
- Transfusion du greffon sur voie centrale ou périphérique
- Passage de la perfusion en 30 minutes
- Surveillance hémodynamique du patient

Effet indésirable :

- Frissons +ou- fièvre
- Nausée vomissement

# APLASIE



- Isolation dans une chambre seule avec filtration d'air
- Précaution alimentaire (alimentation stérile)
- Précaution d'hygiène (sur blouse, masque, sur chaussure)
- Restriction des visites (2 par jour et 1 seule à la fois)
- Enfant non autorisé

# RISQUES de L'APLASIE



- Infectieux (surveillance de la température, antibiothérapie )
- Anémie, thrombopénie (transfusion de CGR ou CPA)
- Trouble digestif (diarrhée)
- Mucite
- Dénutrition (alimentation entérale ou parentérale)
- Douleur (antalgique morphinique)

# SUIVI



- Sortie d'hospitalisation avec rendez vous de consultation à 1 mois avec le médecin référent du patient
- Précaution alimentaire durant 4 semaines
- NFS 1 fois par semaine
- Traitement d'entretien si besoin (myélome)
- Examen complémentaire (petscan, scanner ....) dans les 3 mois

# L'ALLOGREFFE



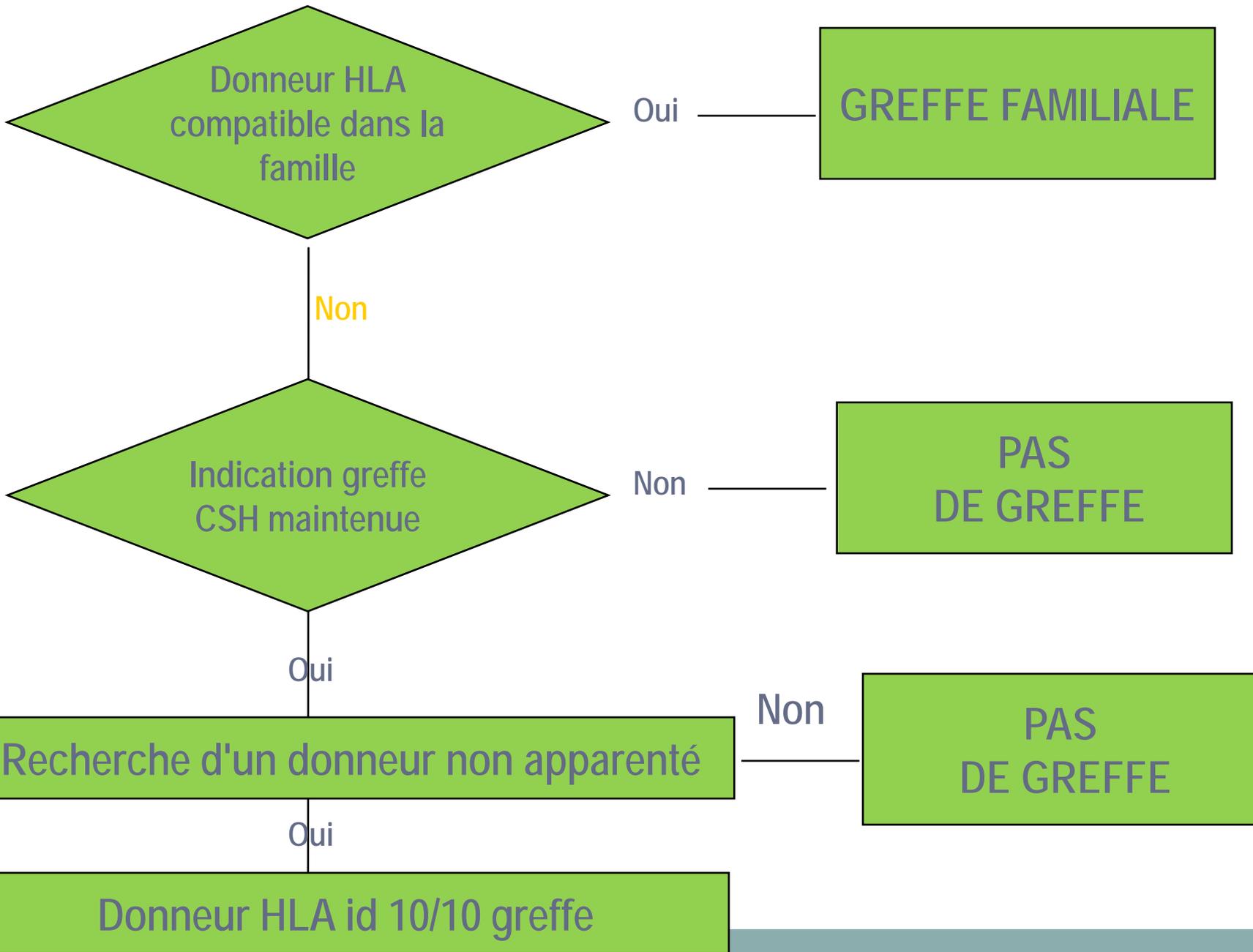
## Indications :

- Leucémie aigue myéloblastique
- Leucémie aigue lymphoblastique
- Leucémie lymphoïde chronique
- Myélodysplasie
- LNH
- MDH
- Aplasie médullaire

# CONDITIONS



- Validation de l'indication en RCP greffe
- Avoir un donneur de fratrie HLA identique ou un donneur de fichier HLA compatible
- Pas de contre indication à la greffe allogénique (indice de comorbidités)
- Balance bénéfiques/risques



## PROBABILITE D'IDENTIFICATION D'UN DONNEUR COMPATIBLE

↪ FAMILIAL (1/4 si fratrie)

↪ EXTRA FAMILIAL (1/1.000.000 en moyenne)

mais dépend :

- de la fréquence du typage HLA
- de l'origine géographique des patients
- de la "diversité ethnique" des donneurs de CSH inscrits dans les Registres Mondiaux

# La greffe de CSH



*Condition absolue : Compatibilité HLA*

# L'origine des cellules du greffon



La moelle  
osseuse



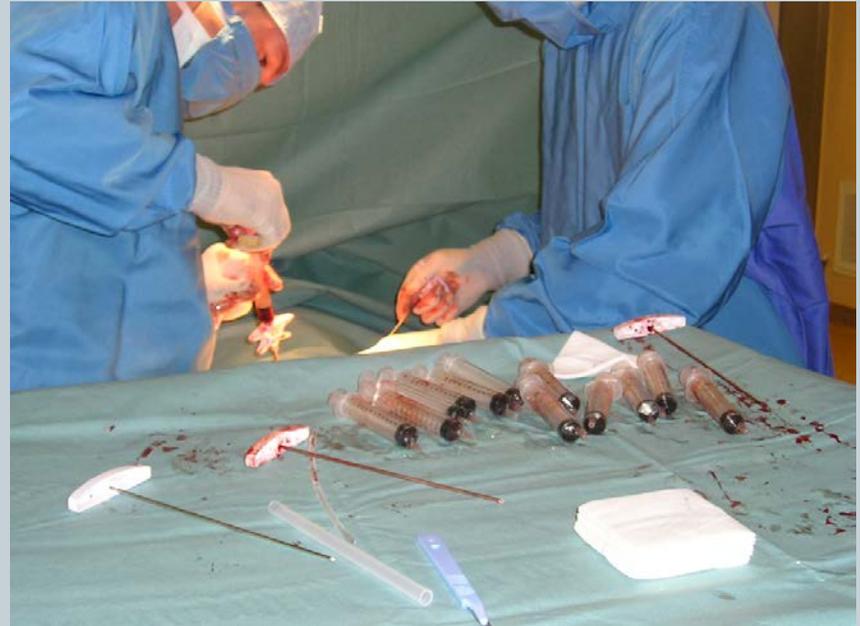
Les cellules  
souches  
périphériques



Le sang  
placentaire

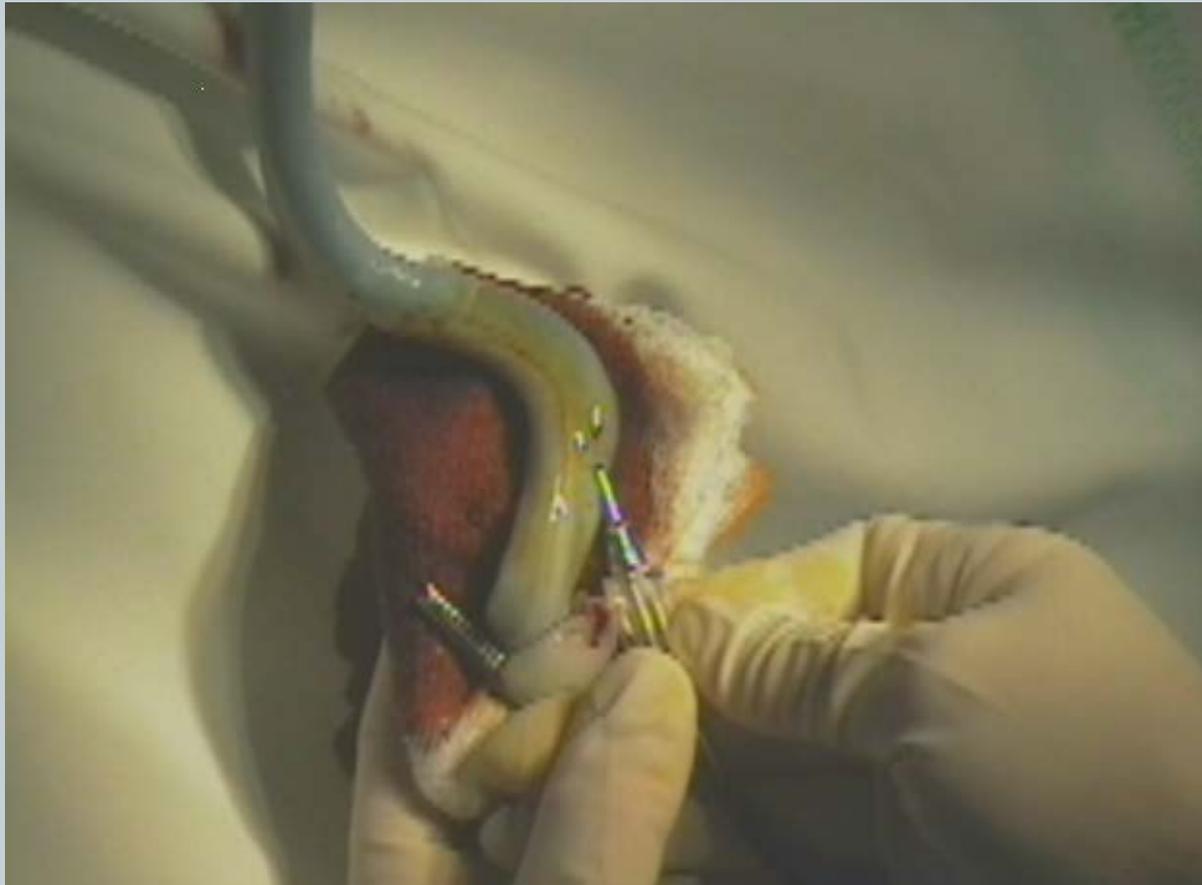
# Allogreffes de Moelle

---



# Allogreffes de Sang placentaire

---



# LES ALLOGREFFES



- Info patient et famille
- DVD interactif
- Consentement éclairé
- Ne prendre aucun risque pour le donneur
- Recueil du consentement du donneur au tribunal de grande instance
- Validation du bilan pré greffe avant l'hospitalisation

# HOSPITALISATION



- Durée de 4 à 6 semaines
- Précaution d'aplasie
- Conditionnement :
  - Non myéloablatif (atténué) possible chez les personnes plus âgées.
  - Myéloablatif (action anti tumorale renforcée)
- Mise en place des traitements immuno suppresseurs (ciclosporine)
- Transfusion du greffon allogénique

# REJET DE GREFFE



- Rare, peu fréquent (5 %)
- Récupération hématopoiétique du receveur
- Possibilité d'une deuxième allogreffe

# GVH



- La réaction du greffon contre l'hôte (GVH) est la principale complication de la greffe de cellules souches allogénique
- Le principe est le suivant : les lymphocytes T (type de globules blancs), contenues dans les cellules souches du donneur, reconnaissent les cellules du receveur comme étant étrangères et les attaquent.
- Les organes attaqués sont la peau, les muqueuses, le foie, l'estomac et/ou les intestins.

# GVH



- GVH aigue : les 3 premier mois de la greffe
  - Surveillance :
  - Peau (rougeur, brulure)
  - Foie (ictère, perturbation du bilan hépatique)
  - Tube digestif (diarrhées)
- GVH chronique :
  - syndrome sec
  - Peau tachetée

# PRISE DE GREFFE



- Evaluation par chimérisme sur le sang et la moelle (% des cellules du donneurs présentes)
- Sortie d'aplasie
- Sortie du patient avec un livret de consigne post allo greffe

# SUIVI



- En hospitalisation de jour 2 fois par semaine, puis 1 fois par semaine jusqu'au 3<sup>ème</sup> mois de l'allogreffe
- Bilan complet des 100 jours en HDJ
- Suivi en consultation avec rythme adapté à l'état de récupération du patient
- Programme de revaccination
- Reprise de l'activité professionnelle à mi temps, 1 an après la greffe