

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΛΗΠΤΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι σήμερα όχι μόνον αποδεκτή αλλά και αναγκαία μέθοδος θεραπείας για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, στους οποίους οφείλουμε...

Ποια η σημασία της:

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι σήμερα όχι μόνον αποδεκτή αλλά και αναγκαία μέθοδος θεραπείας για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, στους οποίους οφείλουμε να προσφέρουμε «υγεία» και να τους επανεντάξουμε στο κοινωνικό σύνολο ως ενεργά μέλη.

Πώς ξεκίνησε:

Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από συγγενή δότη έγινε από τους Kuss, Servelle και Dubost στο Παρίσι. Αργότερα, μεταξύ 1954 και 1958, διενεργήθηκαν 7 μεταμοσχεύσεις από μονοζωγενείς διδύμους στη Βοστώνη από τον Murray. Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1950, έγιναν οι πρώτες πτωματικές μεταμοσχεύσεις (9 περιπτώσεις), στη Βοστώνη και στο Παρίσι. Όλες αυτές οι πρώτες προσπάθειες ανέδειξαν την ανάγκη καλύτερης κατανόησης του ανθρώπινου ανοσολογικού συστήματος από τους ερευνητές έτσι ώστε, με την καλύτερη ανοσοκατασταλτική αγωγή, η μεταμόσχευση να εφαρμοσθεί σε περισσότερα κέντρα. Έτσι, κάθε κέντρο μεταμοσχεύσεων μπορεί σήμερα να επιλέγει φάρμακα με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, χωρίς «αθροιστική» τοξικότητα, ώστε να επιτύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Ποιος έχει πρόσβαση:

Κατάλληλος θεωρείται οποιοσδήποτε ασθενής με Χρόνια Νεφρική Νόσο τελικού σταδίου σε καλή γενική κατάσταση για να υποβληθεί σε μείζονα χειρουργική επέμβαση και να λάβει χρόνια ανοσοκαταστολή. Η εξατομικευμένη συνοσηρότητα και πρόγνωση είναι παραμέτροι που αξιολογούνται σε αυτήν την επιλογή. Η ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί αντένδειξη για πιθανή μεταμόσχευση, η συνοσηρότητα που τη συνοδεύει όμως αξιολογείται. Η λήψη μοσχεύματος από ζώντα δότη θα πρέπει να αξιολογείται όταν υπάρχει ο κατάλληλος υποψήφιος.

Σε κάθε ασθενή υποψήφιο για νεφρική μεταμόσχευση θα πρέπει να εξηγούνται αναλυτικά από τον θεράποντα νεφρολόγο όλα τα οφέλη και οι πιθανοί κίνδυνοι που συσχετίζονται με τη διαδικασία της μεταμόσχευσης. Κάθε επανεκτίμηση της κατάστασης του υποψήφιου λήπτη και σε κάποιες περιπτώσεις αλλαγές σε σχέση με την παραμονή του στη λίστα είναι δόκιμο να εξηγούνται επίσης πλήρως και με σαφήνεια.

Αρχές Προμεταμοσχευτικού ελέγχου

Η αξιολόγηση για τον υποψήφιο λήπτη νεφρικού μοσχεύματος περιλαμβάνει τις ακόλουθες αρχές:

- Να επιβεβαιώσει ότι η μεταμόσχευση είναι τεχνικά εφικτή.
- Να επιβεβαιώσει ότι η επιβίωση του ασθενούς και του μοσχεύματος δεν επηρεάζονται από τη διαδικασία της μεταμόσχευσης.
- Να επιβεβαιώσει ότι προϋπάρχουσες κλινικές οντότητες συνδεδεμένες με τον ασθενή δεν θα επιδεινωθούν μετά την μεταμόσχευση.
- Να αναγνωρήσει όλα εκείνα τα απαραίτητα μέτρα για να περιορίσει στο βαθμό του εφικτού επιπλοκές άμεσα και απώτερα από την μεταμόσχευση.
- Να ενημερώσει τους υποψήφιους λήπτες για τα θετικά και τους πιθανούς κινδύνους από όλη την διαδικασία.

Καρδιολογική εκτίμηση

Αποτελεί απαραίτητη διαδικασία με τις δοκιμασίες ελέγχου για να ενταχθεί ένας ασθενής στη λίστα υποψηφίων νεφρικού μοσχεύματος. Στα πλαίσια αυτού του ελέγχου δεν απαιτείται επιτακτική απόδειξη για διερεύνηση για πιθανή στεφανιαία νόσο σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με τελικό στάδιο νεφρικής νόσου. Ο περιορισμός της εμφάνισης καρδιακών συμβαμάτων και γενικά η θνητότητα μετά την μεταμόσχευση δεν επηρεάστηκε από ποιά εξιδικευμένες εξετάσεις προεγχειρητικά

Βάρος υποψηφίου λήπτη

Παχύσαρκοι ασθενείς (BMI > 30 kg / m²) παρουσιάζουν τεχνικές δυσκολίες και εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο περιεγχειρητικών επιπλοκών. Θα πρέπει να ελέγχονται αυστηρά για πιθανή καρδιαγγειακή νόσο και κάθε περίπτωση ασθενούς να εξετάζεται χωριστά. Παρόλο που η παχυσαρκία δεν είναι απόλυτη αντενδείξη στη μεταμόσχευση, τα άτομα με BMI > 40 kg / m² είναι λιγότερο πιθανό να επωφεληθούν από μία πιθανή μεταμόσχευση.

Ιολογικός έλεγχος

Όλοι οι πιθανοί λήπτες μοσχευμάτων πρέπει να δοκιμάζονται για προηγούμενη έκθεση σε ιογενείς λοιμώξεις που περιλαμβάνουν: κυτταρομεγαλοϊό (CMV), ιό Epstein-Barr (EBV), τον ιό ανεμευλογιάς (VZV), την ηπατίτιδα Β και C και τον ιό HIV. Η ανοσοποίηση θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους τους ασθενείς με ηπατίτιδα Β (εάν δεν έχει ήδη ανοσοποιηθεί).

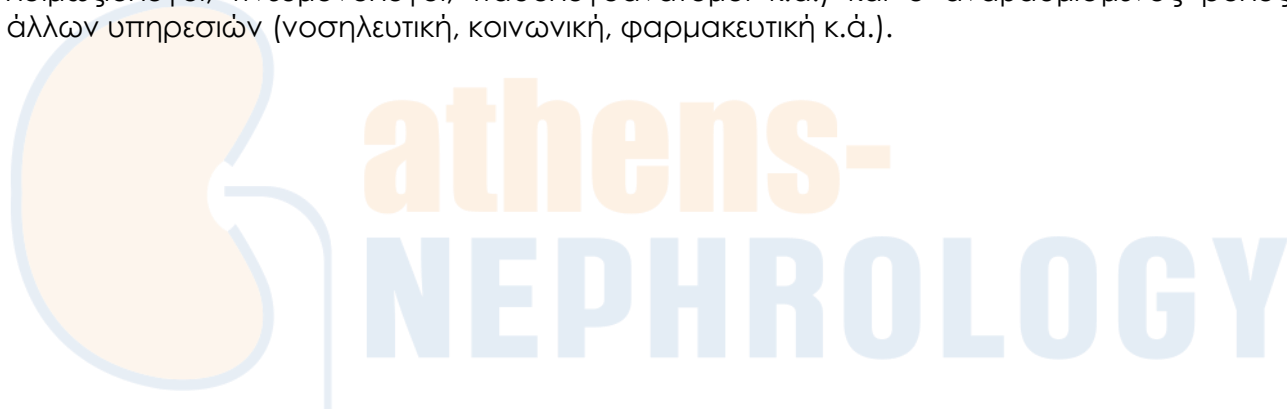
Νεοπλασίες

Συνιστάται διεθνώς ότι η μεταμόσχευση νεφρού θα πρέπει να εξετάζεται σε νεφροπαθείς με ιστορικό κακοήθειας μόνο σε περιπτώσεις αποδεδειγμένα ελεύθερες νόσου. Θεωρείται ασφαλές ο χρόνος μεταξύ τέλους της θεραπείας και μεταμόσχευσης νεφρού να είναι τουλάχιστον 2 χρόνια και για συγκεκριμένες περιπτώσεις πάνω από πέντε χρόνια.

Τι μπορούμε να περιμένουμε από το μέλλον της μεταμόσχευσης και άλλα...

Τα τελευταία 50 χρόνια, επίμονες και επίπονες προσπάθειες μεμονωμένων επιστημόνων και εξειδικευμένων κέντρων σ' όλον τον κόσμο έχουν μετατρέψει το θέμα της μεταμόσχευσης συμπαγών οργάνων στον άνθρωπο από πειραματικό και θεωρητικό σε θέμα καθημερινής ιατρικής πράξης. Ιδιαίτερα σ' ότι αφορά τις μεταμοσχεύσεις νεφρού ως θεραπείας του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ), είναι μια αναγκαιότητα αλλά και ένα κοινωνικό πρόβλημα με επιπτώσεις οικονομικές και ηθικές, που επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά όλο τον κοινωνικό ιστό της πολιτείας.

Η μεταμόσχευση νεφρού είναι σήμερα όχι μόνον αποδεκτή αλλά και αναγκαία μέθοδος θεραπείας για ορισμένες κατηγορίες ασθενών, στους οποίους οφείλουμε να προσφέρουμε «υγεία» και να τους επανεντάξουμε στο κοινωνικό σύνολο ως ενεργά μέλη. Δεν φθάνει να γνωρίζουμε τι σημαίνει αποκατάσταση, όταν δεν μπορούμε να την προσφέρουμε και αυτό όχι γιατί δεν γνωρίζουμε τους τρόπους και τις πρακτικές ή υπάρχει ανεπάρκεια γνώσεων, αλλά γιατί δεν έχουμε ευαισθητοποιηθεί στο βαθμό εκείνο που επιβάλλει ένα τέτοιο μείζον πρόβλημα. Παράλληλα, κρίνεται απαραίτητη σε όλα τα κέντρα των μεταμοσχεύσεων ανά τον κόσμο η καλή συνεργασία των ιατρικών ειδικοτήτων (νεφρολόγοι, αιματολόγοι, καρδιολόγοι, λοιμωξιολόγοι, πνευμονολόγοι, παθολογοανατόμοι κ.ά.) και ο αναβαθμισμένος ρόλος άλλων υπηρεσιών (νοσηλευτική, κοινωνική, φαρμακευτική κ.ά.).



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation and recipients of a first cadaveric transplant. *New Eng J Med* 1999;341:1725-30
2. Oniscu GC, Brown H, Forsythe JLR. Impact of cadaveric renal transplantation on survival in patients listed for transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2005;16:1859-65
3. Ansell D, O'Neill JO, Johnson R et al. Transplantation of older patients does not improve survival compared with those wait listed. Analysis of 9,700 wait listed patients in the UK. *Transplantation* 2008;86(2S):314
4. McMillan MA, Briggs JD. Survey of patient selection for cadaveric transplantation in the United Kingdom. *Nephrol Dial Transplant* 1995;10:855-858
5. Oniscu GC, Schalkwijk AA, Johnson RJ et al. Equity of access to renal transplant waiting list and renal transplantation in Scotland: cohort study. *BMJ*. 2003;327(7426):1261
6. Dudley C, Johnson RJ, Thomas , et al. Joint Analyses with UK Transplant in England and Wales UK Renal Registry Report 2005;5:69-85 UKT KPAG Equity of Access Task Force. Overview Report 2006 RTSM (06)2
7. Ravanan R, Udayaraj U, Ansell D et al. Variation between centres in access to renal transplantation in the UK; longitudinal cohort study. *BMJ* 2010;341:c3451
8. Udayaraj U, Ben-Shlomo Y, Roderick P et al. Social deprivation, ethnicity and access to the deceased donor kidney transplant waiting list in England and Wales. *Transplantation* 2010;90:279-85
9. Burnapp L. Living donor transplantation: Impact of patient focused care on donor outcomes. *EDTNA ERCA* 1998;24(2):11
10. Short CD, Russell S, Valentine A. Clinical audit and long-term evaluation of renal transplant recipients. *Transplantation* 2001;72:S94-8
11. Ravanan R, Udayaraj U, Ansell D et al. Variation between centres in access to renal transplantation in the UK; longitudinal cohort study. *BMJ* 2010;341:c3451
12. Lentine K.L., Brennan DC, Schnitzler MA. Incidence and predictors of myocardial infarction after kidney transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2005;16(2):496-506
13. Gore JL, Pham PT, Danovitch GM et al. Obesity and outcome following renal transplantation. *Am J Transplant* 2006;6:357-63
14. Shahinian VB, Muirhead N, Jevnikar AM et al. Epstein-Barr virus seronegativity is a risk factor for late onset post-transplant lymphoproliferative disorder in adult renal allograft recipients. *Transplantation* 2003;75:851-6
15. Newstead C, Griffiths PD, O'Grady JG, Parameshwar JK. Guidelines for the prevention and management of cytomegalovirus after solid organ transplantation. 2nd Edition. British Transplantation Society 2004. ISBN 0-9542221-3-X European Best Practice Guidelines (EBPG). *Nephrol Dial Transplant* 2000;15(7):9-11
16. Fornairon S, Pol S, Legendre C et al. The long-term virologic and pathologic impact of renal transplantation on chronic hepatitis B virus infection. *Transplantation* 1996;27:297-9
17. Pereira BJ, Natov SN, Bouthot BA et al. Effects of hepatitis C infection and renal transplantation on survival in end-stage renal disease. *Kidney Int* 1998;53:1374-81
18. European Best Practice Guidelines (EBPG). *Nephrol Dial Transplant* 2000;15(7):7-9
19. Abbott KC, Swanson SJ, Agodoa LY, Kimmel PL. Human immunodeficiency virus infection and kidney transplantation in the era of highly active antiretroviral therapy and modern immunosuppression. *J Am Soc Nephrol* 2004;15:1633-9
20. Guidelines for Kidney Transplantation in Patients with HIV Disease 2005 www.bts.org.uk/standards
21. Agraharkar ML, Cinclair RD, Kuo YF et al. Risk of malignancy with long-term immunosuppression in renal transplant recipients. *Kidney Int* 2004;66:383-9
22. Penn I. The effect of immunosuppression on pre-existing cancers. *Transplantation* 1993;55:742-7