

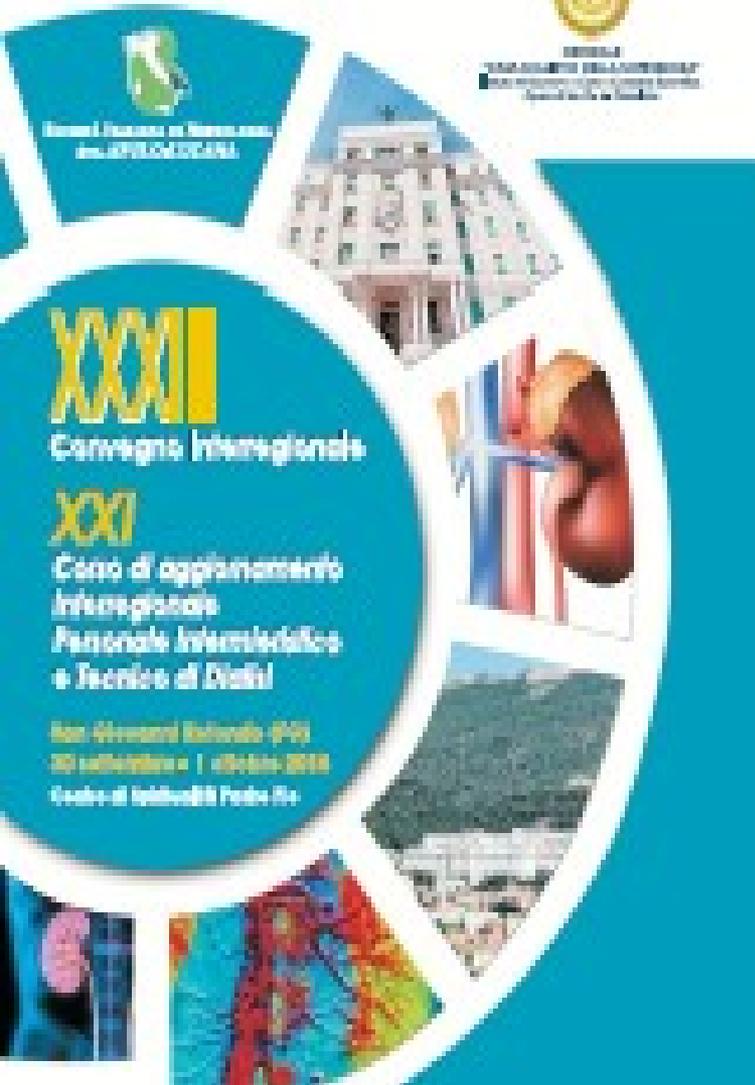
XXXIII

Convegno Interegionale
Società Italiana di Nefrologia
Sez. APULO-LUCANA

IL TRAPIANTO DA
VIVENTE:
Problematiche Locali

Giovanni Stallone

Department of Medical and Surgical Sciences
Section of Nephrology, Dialysis and Transplantation
University of Foggia, Italy



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FOGGIA

S.G. Rotondo, 1 Ottobre 2016

PERCORSO INFORMATIVO

Paziente con IRC avanzata

SCELTA del Trattamento Sostitutivo



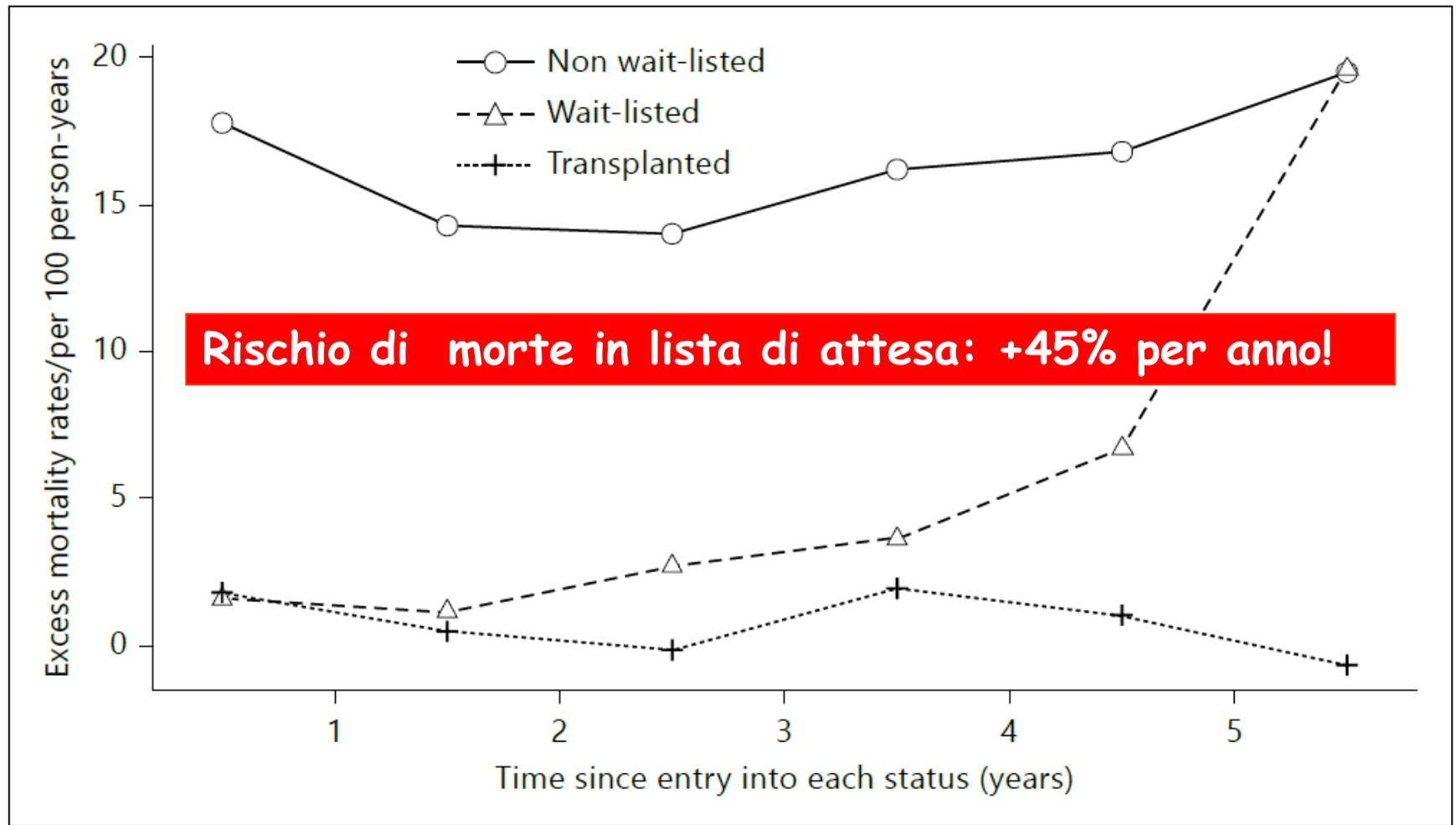
Trapianto vs. dialisi

maggior sopravvivenza

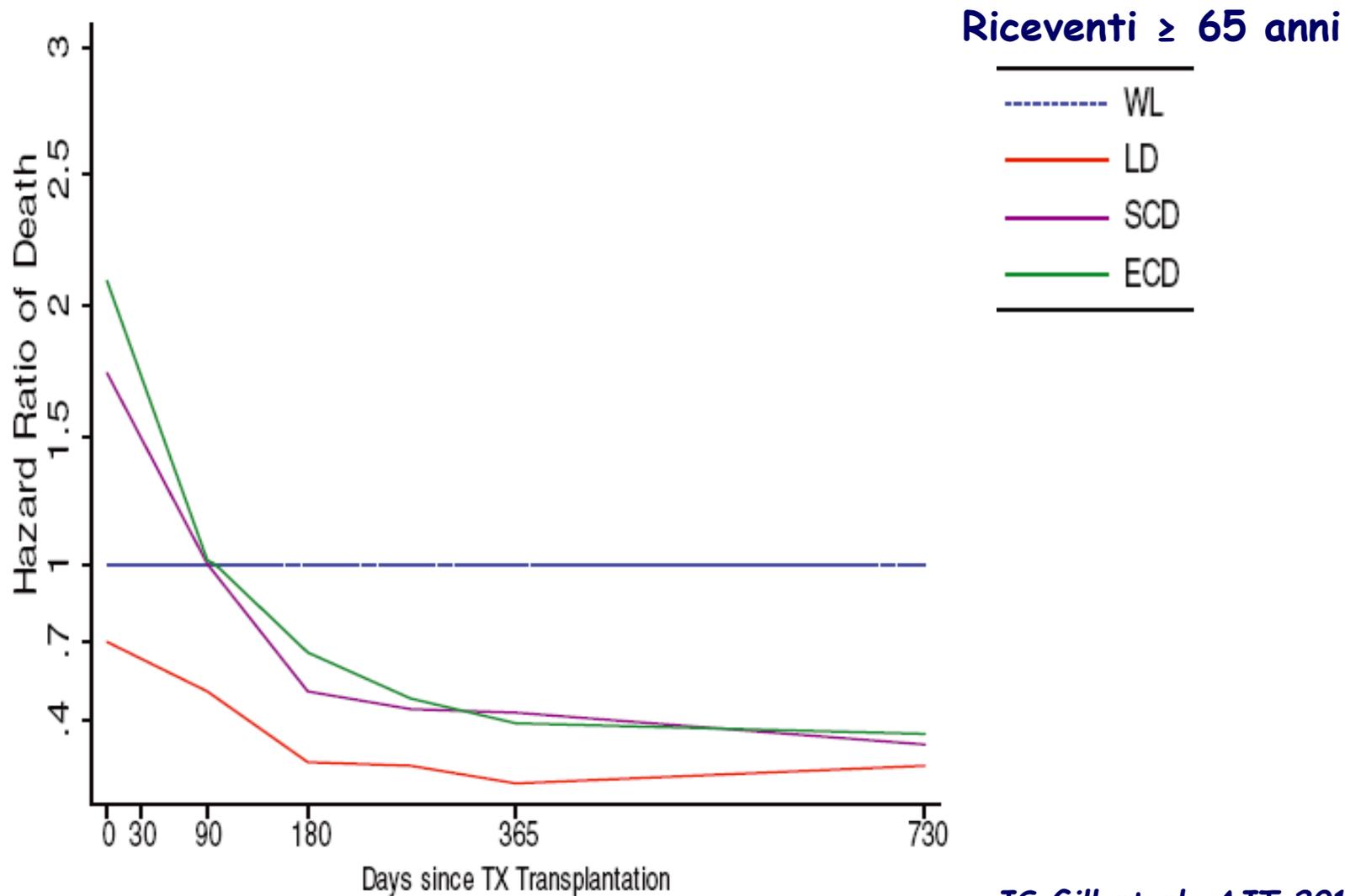
migliore performance cardiaca

migliore qualità della vita

Studio francese, periodo: Gennaio 2002- Dicembre 2009
pazienti incidenti con ESRD: n= 21.079
entrati in lista trapianto: n=3.852
trapiantati di rene: n= 2.146
Scopo: mortalità nei tre gruppi rispetto alla popolazione generale



The multivariate adjusted relative **risk of death** *in transplant recipients* compared to patients of similar CV risk *who remained on the waiting list*



trapianto di rene vs dialisi
SOPRAVVIVENZA DEL PAZIENTE

conclusioni

Il trapianto di rene riduce del 50-70% il rischio di morte

questo vantaggio

- ✓ *è maggiore con il trapianto da donatore vivente*
- ✓ *si conferma nel ricevente anziano (>65 anni)*
- ✓ *si conferma con reni marginali*

La persistenza in lista di attesa aumenta il rischio di morte!

(+45% per ogni anno di attesa)

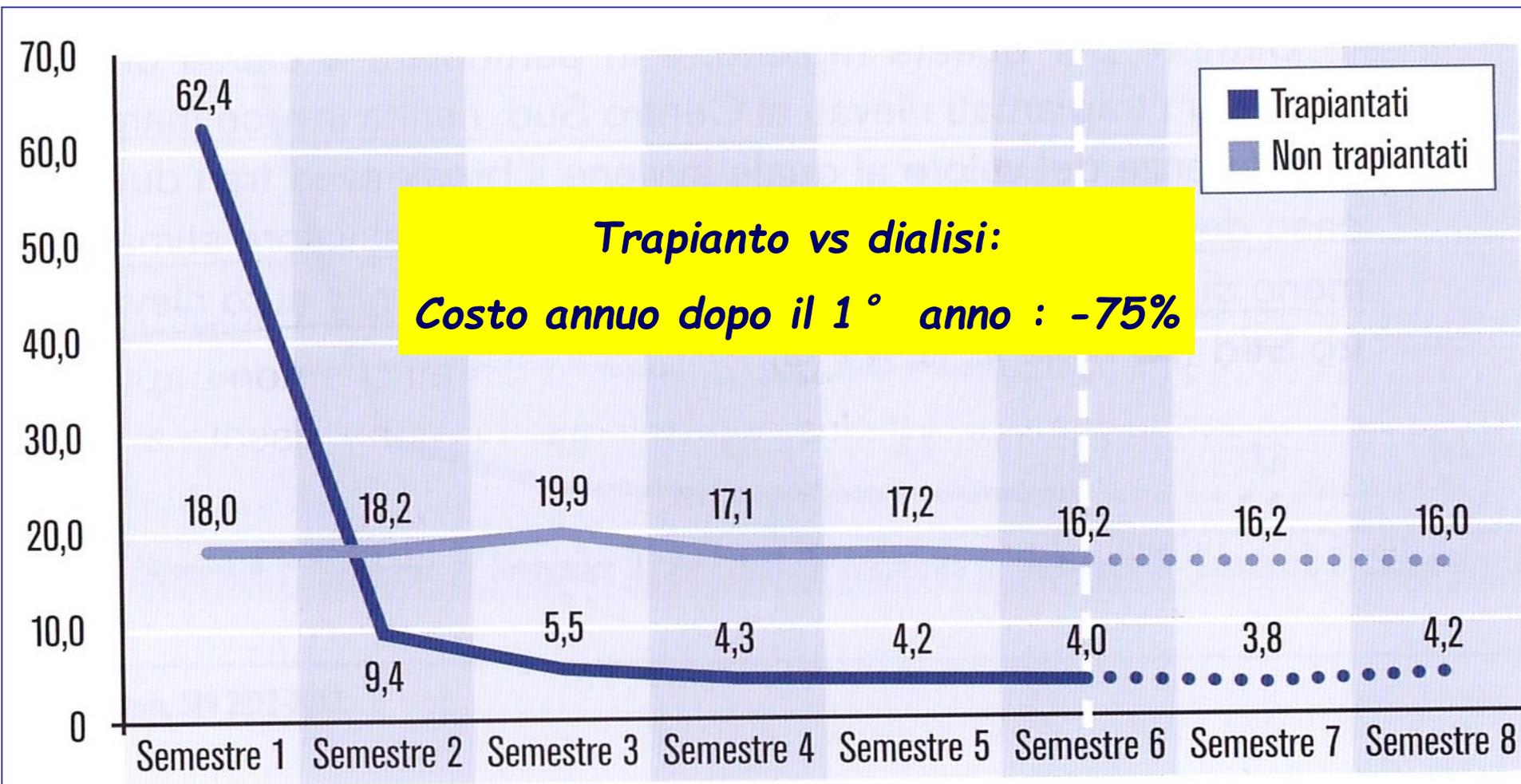
IL VALORE DEL TRAPIANTO

I consumi sanitari e i costi
dei trapiantati di rene in Italia

A cura di Concetta Maria Vaccaro



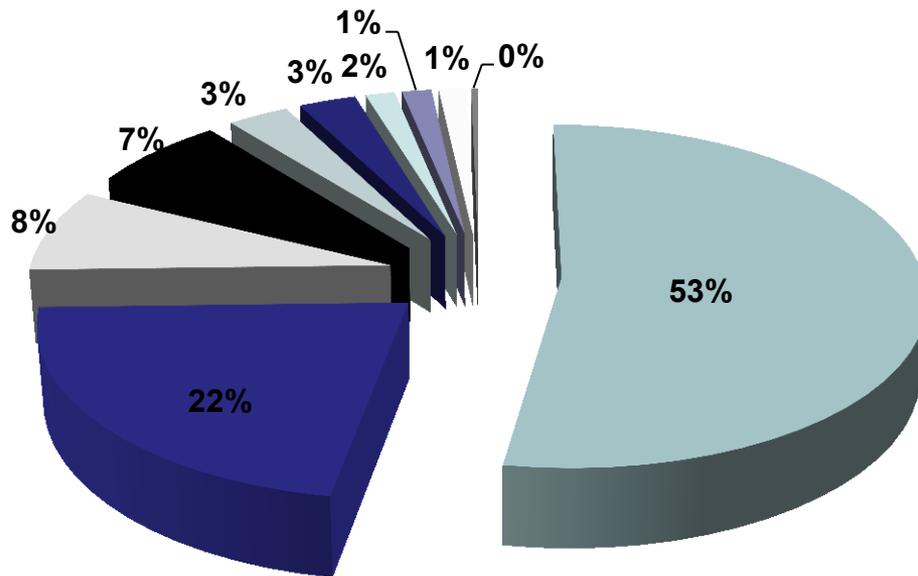
Confronto tra la stima dei costi di trapiantati e non trapiantati per semestri, costi puntuali e valori proiettati per i semestri 7 e 8 (val. migliaia di euro)



Patologia dei riceventi

RENE vivente

2001 - 2011

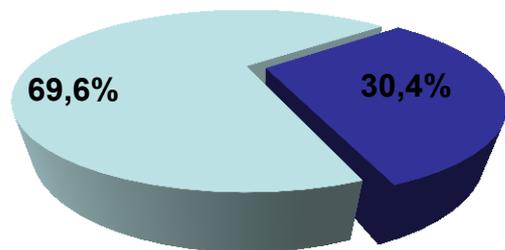


- Nefropatie glomerulari
- Altre patologie renali
- Nefropatie cistiche
- Nefropatie tubulari ed interstiziali
- Nefro- ed uropatie congenite, familiari rare e su base metabolica
- Nefropatia diabetica
- Patologie da Ritrapianto - rigetto di trapianto renale
- Sindromi nefrovascolopatiche e nefrosclerotiche diverse
- Nefrosclerosi ipertensiva
- Insufficienza renale acuta

Relazione donatore - ricevente

RENE vivente

2001 - 2011



■ consanguineo ■ non consanguineo

Consanguinei		
madre	544	35,0%
fratello/sorella	280	18,0%
padre	214	13,8%
altro	27	1,7%
figlio/figlia	11	0,7%
gemello/gemella	6	0,4%
Totale	1082	69,6%
Non Consanguinei		
moglie marito	421	27,1%
affini	17	1,1%
convivente	14	0,9%
conoscente	12	0,8%
Cross_over	8	0,5%
Totale	472	30,4%

sopravvivenza 1 anno

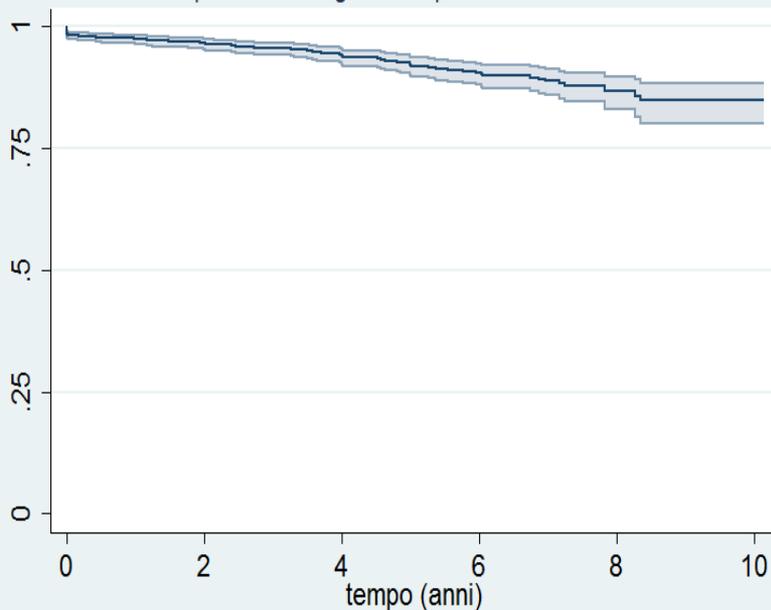
⇒ Sopravvivenza organo: 97.0 %

⇒ Sopravvivenza paziente: 98.9 %

Sopravvivenza - Organo/Paziente

10 anni

Analisi Sopravvivenza Organo - Trapianti Rene Vivente 2001-2010



Number at risk

1257

842

597

303

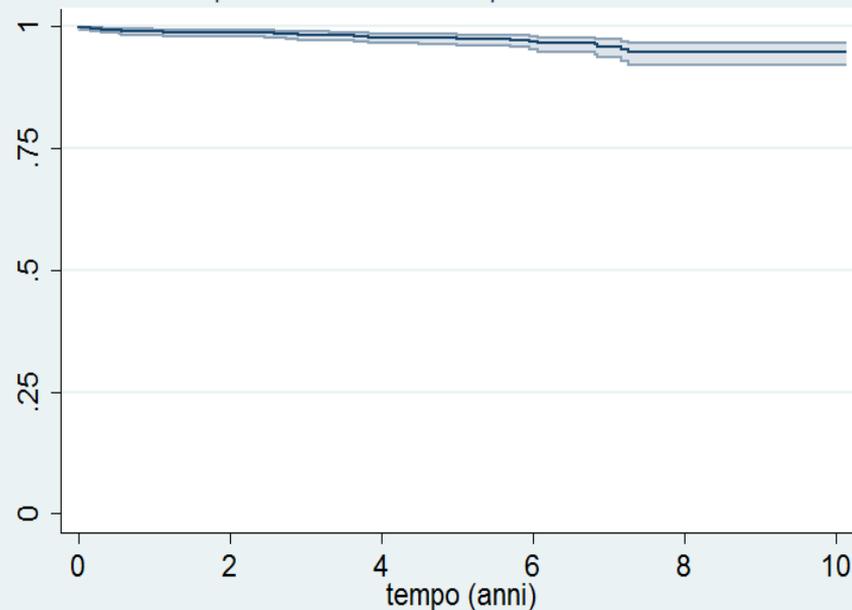
147

3

95% CI

Survivor function

Analisi Sopravvivenza Paziente - Trapianti Rene Vivente 2001-2010



Number at risk

1257

859

617

318

152

3

95% CI

Survivor function



Rischio Cardio-Cerebro-Vascolare nei pazienti sottoposti a trapianto di rene da donatore vivente



EVENTI CARDIOVASCOLARI MAGGIORI

Infarto miocardico acuto non fatale

**Ictus ischemico/emorragico non
fatale**

**Ischemia critica periferica su base
embolica**

EVENTI CARDIOVASCOLARI MINORI

Angina pectoris

PTCA e/o by pass

Tromboendarteriectomia

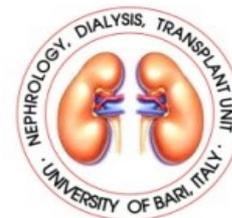
Aneurismectomia

**Stenosi arteriosa critica (carotidea
e/o periferica)**

Rischio Cardio-Cerebro-Vascolare nei pazienti sottoposti a trapianto di rene da donatore vivente



PREVALENZA



5%

Intervallo di tempo per insorgenza di eventi cardiovascolari dal trapianto

10 anni

PERCHE' TRAPIANTARE UN RENE DA DONATORE VIVENTE

Riduzione tempi di attesa

Minore esposizione allo stato uremico

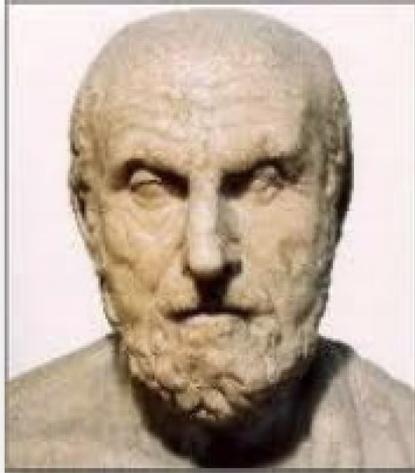
Ridotte complicanze dei trattamenti
sostitutivi (HD/PD)

Tardiva epoca degli eventi cardiovascolari

MIGLIORE OUTCOME



“PRIMUM NON NOCERE...”



Ippocrate

(Kos 460 a.C. circa – Larissa, 377 a.C.)

**Questo è il principio
che dobbiamo
tenere presente
sempre nella nostra
pratica medica, in
particolare nella
gestione del
donatore vivente, il
quale, è un paziente
anomalo in quanto
“sano” in partenza**

Come garantire la sicurezza ?

- Selezione severa
- Studio approfondito e meticoloso del donatore
- Approvazione solo in presenza di condizioni pressochè perfette
- Consolidata esperienza di ottima prognosi per il donatore
- Vincolo etico al rispetto delle regole

Amsterdam Forum on the Care of Living Kidney Donors

Prior to donation, the live kidney donor must receive:

1. a complete medical and psychosocial evaluation
2. appropriate informed consent be capable of understanding the information to make a voluntary decision

All donors should have standard tests performed to assure donor safety

Kidney donors live longer

I.Fehrman-Ekholm, C.G. Elinder, M.Stenbeck, G. Tyden C.G.Groth. Clin. Trans. (1997) 64(7):976-978

Evaluation of the state of health of living related kidney transplantation donors

E.Toronyi, F.Alfoldy, J.Jaray, A.Remport, M.Hidvègi, G.Dabas i, E.Offenbacher. Trans. Int.(1998) 11(suppl):57-59

Renal outcome 25 years after donor nephrectomy

D.A. Goldfarb, S.Matin, W.Braun, M.Schreiber, A.Novick. Jour. Urol. (2001) 166:2043-2047

Risks and complications in 160 living kidney donors who underwent nephroureterectomy.

M.Siebels, J.Teodorakis, N.Schmeller, S.Corvin, G.Hillebrand, A.Hofstette. Neph.Dial.Trans.(2003) 18:2648-2654

VANTAGGI per il donatore:



Esecuzione di accurato screening



Aumento dell'autostima

Sulla base dell' ex art 1 comma 5 lett C del D. Lgs. 124/1998, le prestazioni specialistiche correlate all'attività di donazione d'organo per Tx da vivente risultano essere esenti ticket (esenzione T01 da farsi rilasciare dalla propria A.S.L.)

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

- Incapacità di dare il consenso informato
- Evidenza di coercizione
- Abuso di droghe
- Evidenza di neoplasie
- Gravidanza
- Complicanze maggiori respiratorie o cardiovascolari
- Diabete mellito o intolleranza al glucosio

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

Malattie Renali

Malattie Sistemiche con interessamento renale

Rischio Trombofilico elevato

Ipertensione arteriosa con danno d'organo

Prima valutazione di idoneità al trapianto da vivente del ricevente ed al prelievo nel donatore

1. Anamnesi, esame obiettivo, Gruppo sanguigno, Esame emocromo con formula, Azotemia, sodio, potassio, calcio, cloro, Creatininemia, Glicemia, Transaminasi GOT e GPT, Bilirubina totale, Colesterolo, HDL, Trigliceridi, Esame delle urine; ECG; Rx torace;
2. Attivazione dell'esenzione dal ticket per il donatore (cod. T01);
3. Studio immunologico e determinazione delle eventuali incompatibilità (cross-match e tipizzazione HLA);
4. Completamento della valutazione clinica/strumentale;
5. Valutazione psicologica;
6. Accettazione dei soggetti coinvolti, mediante firma autografa del consenso informato;
7. Riunione della commissione medica, con valutazione clinica conclusiva di fattibilità della donazione e stesura del verbale;
8. Valutazione di parte terza riguardo la libera, informata e consapevole volontà di donazione;
9. Invio della coppia e trasmissione degli atti al giudice competente per territorio per le formalità di legge;
10. Determinazione della data del trapianto;
11. Interventi chirurgici di prelievo e trapianto;



*HLA compatibles (arriba) y
HLA no compatibles (abajo).*



PROGRAMMA DI STUDIO STANDARD DEL DONATORE DI RENE

VALUTAZIONE INIZIALE

Accurata raccolta dell'anamnesi (familiarità per insufficienza renale e/o nefropatie; precedenti trasfusioni e/o gravidanze e vaccinazioni, precedenti patologie, eventuali interventi chirurgici, neoplasie e malattie infettive) Stato nutrizionale

ESAMI CLINICI E LABORATORISTICI

Gruppo sanguigno , Esame emocromo con formula, Azotemia, Sodio, potassio, calcio, cloro, Creatininemia, clearance della creatinina, Glicemia; Transaminasi GOT e GPT, gammaGT, Fosfatasi alcalina, LDH, Bilirubina totale e frazionata, Colesterolo HDL e non HDL, Trigliceridi; Esame delle urine (ripetuto almeno tre volte) , proteinuria delle 24/h, Protidemia , PSA totale con elettroforesi; PT, PTT, Fibrinogeno; ricerca sangue occulto nelle feci

MICROBIOLOGIA ED INFETTIVOLOGIA

Urinocoltura (2 controlli) ; Markers Epatite B: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HbeAb ; Biologia molecolare per HCV e HIV; Sierologia per: CMV (IgG - IgM) , Toxoplasma, Epstein Barr, HTLV I-II; Screening sifilide (VDRL, TPHA) ; MANTOUX

FASE DI STUDIO IMMUNOLOGICO

Tipizzazione HLA; Cross Match donatore/ricevente

ESAMI STRUMENTALI E VISITE SPECIALISTICHE

ECG, ecocardio e visita cardiologica; Rx Torace; Ecografia Addominale; Valutazione psicologica, Scintigrafia renale morfo-funzionale sequenziale con radionefrogramma ; Angio-TAC in 3D con ricostruzione vasi renali

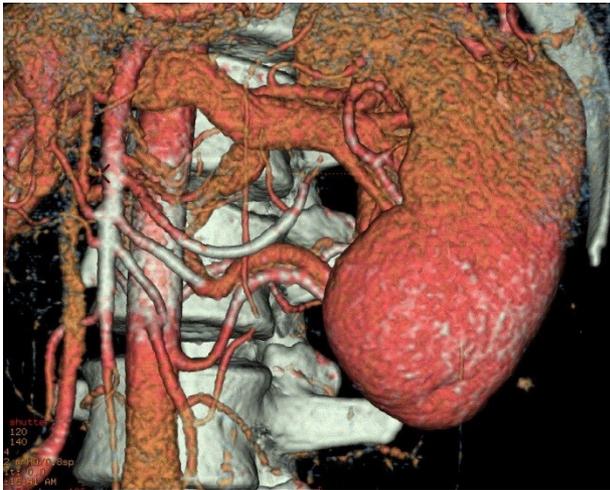
Donna: visita ginecologica con PAP test ; RX Mammografia ed Ecografia Mammaria: per le donne al di sopra dei 40 anni

Uomo: visita urologica e PSA

SCREENING

Valutazione funzione renale ed anatomia

TC con mdc con fase urografica e ricostruzione vascolare



Scintigrafia renale con clearances separate

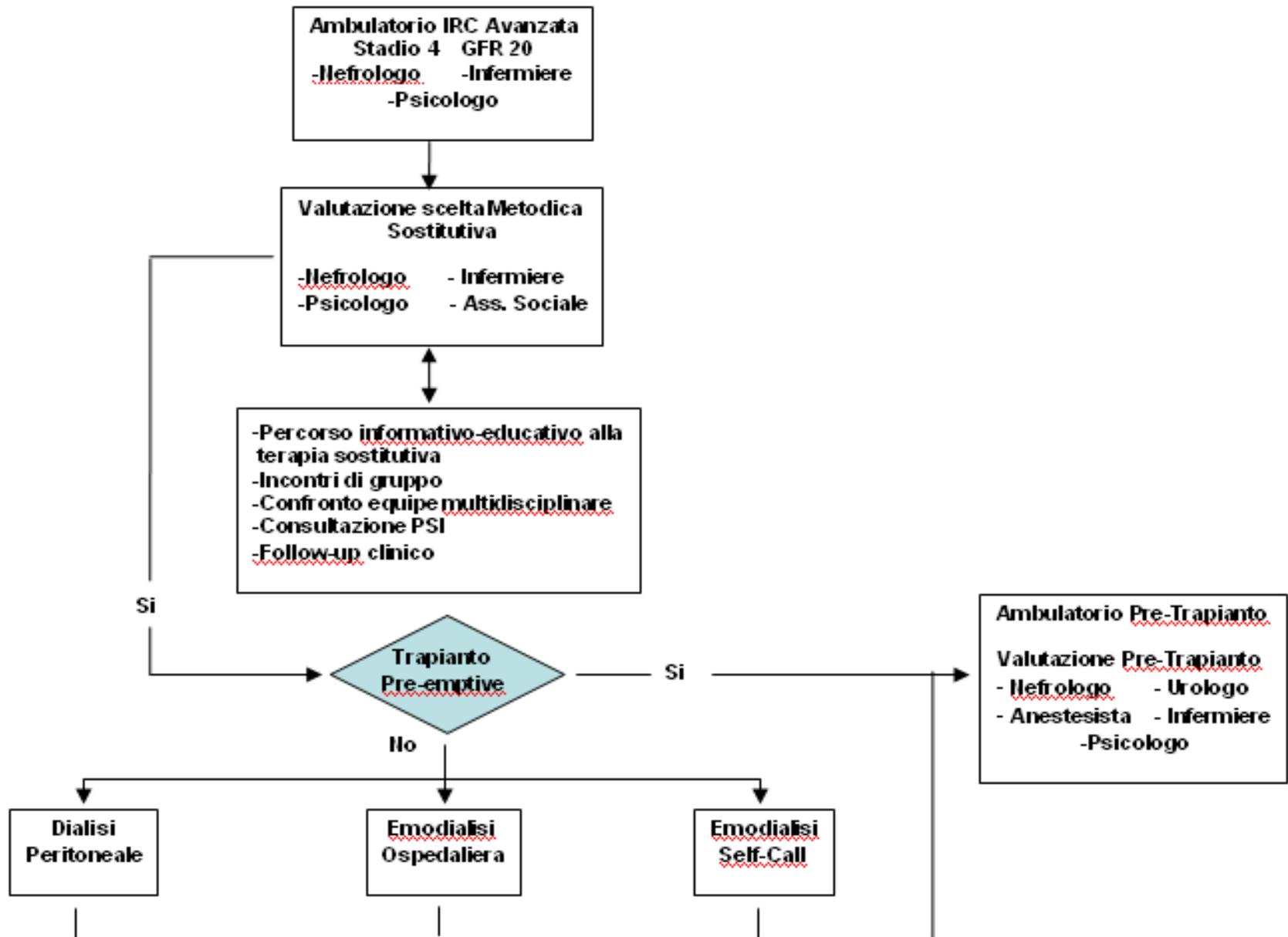
Tempi medi di preparazione della coppia

6-8 mesi

Obiettivo

**Incentivazione del
trapianto da vivente
pre-emptive**

Ambulatorio IRC



Proposta di PAC (Pacchetto Ambulatoriale Complesso) in Day Service

**Gruppo predefinito di prestazioni della
durata massima di 30 giorni**

La proposta prevede:

6 giorni per lo studio del Donatore

8 giorni per lo studio del Ricevente

P.A.C. Service per il Donatore

GIORNO 1

Visita Collegiale iniziale Nefrologica-Urologica-Anestesiologica Accurata raccolta dell'anamnesi. Stato nutrizionale.
STUDIO IMMUNOLOGICO (Tipizzazione HLA - Cross Match donatore/ricevente Controllo Gruppo Sanguigno).
Markers Epatite B: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HbeAb. Biologia molecolare per HCV e HIV

GIORNO 2

Esame emocromo con formula; Azotemia, Sodio, potassio, calcio, cloro, Creatininemia, Clearance della creatinina (misurazione del filtrato) ripetuta almeno tre volte; Glicemia; Transaminasi GOT e GPT, gammaGT, Fosfatasi alcalina, LDH; Bilirubina totale e frazionata, Colesterolo HDL e non HDL, Trigliceridi; Esame delle urine (ripetuto almeno tre volte), proteinuria delle 24/h Protidemia totale con elettroforesi; PT, PTT, Fibrinogeno ; ricerca sangue occulto nelle feci.

Visita cardiologica - ECG - Ecocardio-TX Torace

GIORNO 3

MICROBIOLOGIA ED INFETTIVOLOGIA:
Urinocoltura (1° controllo); Sierologia per: CMV (IgG - IgM), Toxoplasma, Epstein Barr, HTLV I-II ; Screening sifilide (VDRL, TPHA); MANTOUX.
Eco addome - Scintigrafia renale

GIORNO 4

Visita Ginecologica - Pap-Test - Ecografia Mammaria

GIORNO 5

Angio TAC - Urinocoltura 2° controllo - Visita Psicologica

GIORNO 6

Visita collegiale finale

Take home message

il trapianto renale da donatore vivente è giustificato dagli ottimi risultati raggiunti

la donazione di rene è una procedura gravata da un basso grado di mortalità e morbilità

Take home message

Il trapianto da donatore vivente rappresenta



una valida opzione terapeutica con buone potenzialità di espansione



Permetterebbe di aumentare il numero di trapianti ed in particolare di trapiantare prima di iniziare la dialisi



Conseguente accorciamento dei tempi medi di attesa in lista

Problematiche LOCALI





COSCIENZA

Ambulatorio paz. nefropatici

Ambulatorio paz. in dialisi

**Siamo certi di fare e DIRE tutto quello
che è necessario fare e DIRE**



Problematiche LOCALI

COMUNICAZIONE

Centri dialisi - Territorio -

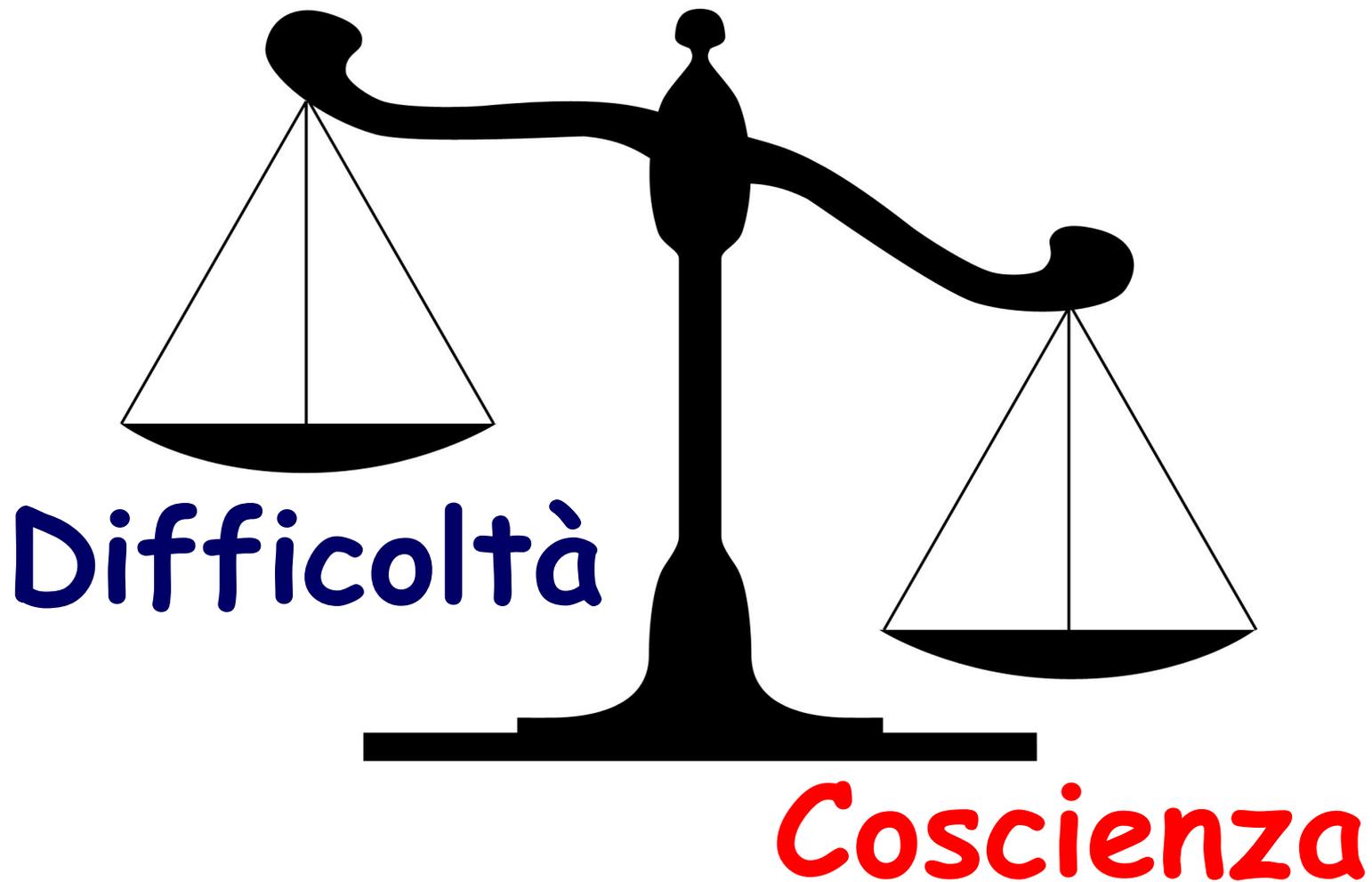
Centri di II livello - Centri trapianto



Problematiche LOCALI

Difficoltà Logistiche

Ridotta disponibilità delle sale operatorie
Enorme difficoltà nell'esecuzione degli esami di
preparazione al trapianto



Difficoltà

Coscienza

COSCIENZA E' COME UN LIBRO.....



.....non ci abbandona mai.....

HOLLAND HOUSE LIBRARY - Londra 1940



rosa meditativa

Salvador Dalí

GRAZIE

per

L'Invito

La Stima

L'Amicizia

*Solo i più saggi o i più stupidi degli
uomini non cambiano mai*

Confucio

