

Transplanti renal

Numri i pacienteve në stadin e fundit të IRK po rritet nga viti në vit në të gjitha shtetet. Shkaku më i shpeshtë që kon drejt IRK është diabeti mellit (të paktën 16% e pacienteve me diabet mellitus vuajnë nga insuficienca renale kronike), i ndjekur nga hipertensioni arterial, glomerulonefritis, reni policistik dhe nephritis intersticial. Trasplanti renal shihet si zgjidhja e vetme për këto paciente në stadin terminal dhe imunosupresoret si ciklosporina A, mycophenolate mofetil, tacrolimus, sirolimus ndihmojnë në pranimin e organit nga organizmi i marrësit.

Kriteret e vlerësimit

Kunderindikacion absolut për transplant renal janë : hipertension arterial i pa kontrolluar, diabeti mellitus, proteinuria >300mg/24h, filtrim glomerular anormal, hematuria mikroskopike, risku i lartë për tromboembolizëm, sëmundje pulmonare kronike, sëmundje të zemrës, histori për kalkuloze renale bilaterale.

*donoret potencial do të testohen për : HIV-1, HIV-2, hepatitis C (HCV), antigenin sipërfaqësor të hepatitis B (HBsAg), citomegalo virusin, Epstein-barr virusin, infeksione virale, sepsis, tuberkulozin, infeksione me etiologji të panjohur, hepatit akut dhe hepatitin D. Gjithashtu do merret anamneza në lidhje me histori familjare për sëmundjen Creutzfeldt-Jakob dhe sifilizin aktiv.

*transplanti nga një donor HCV-pozitiv tek një marrës HCV-pozitiv është i realizueshëm. Nërsa transplant nga një donor HCV-pozitiv tek një marrës HCV-negativ do realizohet vetëm në rastet kur jeta e marrësit është në rrezik dhe skemi donor tjetër dhe vetëm pasi marrësi na jep konfirmimin për këtë gjë. Transplanti renal ndërmjet një donori HBsAg-positive dhe një marrësi po HBsAg-pozitiv është i mundshëm, nërsa kur marrësi është HBsAg-negativ transplant do bëhet vetëm nëse jeta e pacientit rrezikohet dhe skemi donor tjetër, gjithnjë me pelqimin e pacientit.

*refuzohen donoret me histori për sëmundje malinje si : ca.mamae, melanoma, leukemia, limfoma. Po ashtu refuzohen dhe donoret që kanë vdekur nga hemorragji cerebrale me etiologji të panjohur. Nërsa donore që vuajnë nga ca. Bazoqelizor, ca.spinoqelizor jo metastatik, ca. Cerviksi in situ, ca. i kordave vokale in situ janë të pranueshëm.

Donoret e prekur nga tumoret e trurit dhe që gjenden në gradat 1-2 të sëmundjes janë gjithashtu të pranueshëm për transplantin renal.

Donatoret

Donatoret i klasifikojmë në: donatore të gjallë dhe donatore kadaverik. Transplanti me donatore të gjallë është parë të jetë më i suksesshëm sesa transplantin me donator kadaverik. Donatori duhet të jetë i shëndetshëm si nga ana fizike ashtu dhe nga ana psikologjike. Kufiri i poshtëm i klirensit të kreatinës i përshtatshëm për transplantin renal është >60ml/min. Reni marginal ka një klirens kreatinine 50-60ml/min. Veshkat me klirens kreatinine <50ml/min janë të përshtatshme vetëm për transplant të dyfishtë renal. Çdo subjekt në gjendje komatoze është një dhurues potencial i organeve. Gjendja fizike dhe psikologjike e donatorit është me shumë rëndësi sesa moshën e tyre, prandaj behen ekzaminime të hollësishme përpara se të bëhet transplantin i renit. Përse i përket donatoreve kadaverike teknika të shumta po përdoren për të ruajtur një perfuzion organor sa më të mirë në individin e sapo ndarë nga jeta duke bërë të mundur rritjen e përqindjes së suksesit të transplantit renal me këto kategori donatorësh. Duhet përmendur fakti që në shumë shtete të ndryshme të botës egzistojnë ligje të ndryshme në lidhje me donatoret kadaverik që duhen pasur parasysh.

Recipientet

Përpara se të ndermerret një transplant renal pranuesi i organit do ekzaminohet hollësisht për sëmundje të tjera që mund të ketë dhe do mjekohet. Kështu malformacionet kongjenitale të aparatit urinar apo çrregullimet funksionale të traktitit të poshtëm urinar diagnostikohen dhe trajtohen. Individit do egzaminohet nga kardiologu për sëmundje të mundshme të zemrës, do egzaminohet nga mjeku ORL, nga stomatologu, dermatologu, urologu, gjinekologu për të përjashtuar apo evidentuar dhe njëkohësisht mjekuar vatrën e mundshme infektive. Sëmundjet kardiovaskulare dhe diabeti mellitus janë shkaktarët kryesorë të dështimit të transplantit.

Perputhshmeria midis dhuruesit dhe marresit

Te gjithë kandidatëve në liste për pritje për transplant renal u është përcaktuar grupi i gjakut ABO dhe HLA-A, HLA-B, HLA-DR. Për të shmangur flakjen hiperakute të organit të transplantuar është me shumë rëndësi gjetja e renit me të pranueshëm nga marresi dhe kjo realizohet duke përcaktuar :

1. Histokompatibilitetin HLA. Si donatori ashtu dhe marresi do testohen për fenotipet HLA. Do zgjedhim si më të përshtatshëm çiftin donator- marres që ka më së paku mosperputhjen me të vogël midis lokeve të HLA-se.

2. crossmatching (testi që vlerëson nëse eritrocitet ose limfocitet e donorit apo recipientit aglutinojnë apo jo me serum të tjetrit). Ky test është me shumë rëndësi të bëhet për të shmangur flakjen hiperakute të renit të transplantuar. Do shqyrtohet limfotoksiciteti dhe do vlerësohet crossmatchi për qel-T dhe qel-B nga të cilat më të rëndësishme janë antigenet HLA-DR. Duhet pasur parasysh falspozitiviteti i testit sidomos në rastet me sëmundje autoimune.

3. antitrupe të pranueshme HLA. Këto antitrupe identifikohen me teknikën ELISA.

4. grupi i gjakut ABO. Antigenet e këtij grupi përcaktohen fillimisht dhe pastaj vlerësohet histokompatibiliteti si më lart. Një donator me grup gjaku 0 teorikisht është i pranueshëm për marresit me grup A, B, AB.

Me rëndësi është dhe identifikimi i sëmundjeve virale të tilla si CITOMEGALOVIRUSI, pasi infeksioni viral mund të kalojë nga dhënësi të marresi. Profilaksia në rastet kur marresi rezulton IgG negativ për CMG dhe dhuruesi është CMG-pozitiv do jepen gancyclovir.

Komplikacionet e transplantit

Komplikacionet klasifikohen në imunologjike ku përfshihen flakjen akute dhe kronike të reinit nga organizmi i marrësit dhe komplikacione malinje. Deri në gjashtë muaj pas transplantit pacienti mbahet nën vëzhgim të kujdesshëm pasi kjo është dhe periudha me kritike për komplikacione.

Flakja hiper akute. Ky është një ndërlikim i rrallë që ndodh disa minuta apo disa ore pas transplantit deri brenda një jave. Anuria akute, temperatura dhe enjtja e organit janë shenjat e kësaj flakje hiperakute. Zgjidhja është nefroektomia.

Flakja akute mund të parandalohet me testimin e antitropave anti HLA që janë të klases igG. Pacientëve me antikorpe të pranishme në serum të tyre u fillon terapi parenterale me metilprednisolonë 500mg-1g të ndarë në 3 doza ditore.

Flakja kronike ndodh për një kohë me të gjatë se 6 muaj. Pacienti monitorohet duke matur proteinurine të 24h, kreatininën në serum dhe klirensin e kreatinines. Në qoftëse këto parametra që vlerësojnë funksionin renal marrin vlera anormale atëherë pacienti duhet të nënshtrohet biopsisë renale për të konfirmuar apo përjashtuar flakjen kronike.

Komplikacionet malinje.

Incidenca e neoplazive në pacientët që i janë nënshtuar një transplantit renal është më e lartë se sa në popullatën e përgjithshme. Neoplazite janë shkaku më kryesor i morbiditetit dhe mortalitetit në këtë kategori të popullsisë. Arsye të kësaj incidence janë :

1. Qelizat neoplazike mund të kalojnë nga donori tek recipienti
2. Vete marrësi mund të ketë sëmundje malinje të diagnostikuara apo latente
3. zhvillohet tumor i ri në rinin e trasplantuara

Imunosupresioni që është një etapë e domosdoshme për transplantin renal është parë të stimulojë rritjen e metastazave të fjetura. Tumoret e trajtuara më shumë se 5 vjet përpara transplantit mund të rekurojnë serish. Kohezgjatja e shfaqës së rekurencave varet nga lloji i tumorit.

Imunosupresioni

Permendem që imunosupresioni është një etapë shumë e rëndësishme për transplantin renal. Zgjedhja e preparateve dhe dozave duhet të bëhet në mënyrë të kujdeshme që raportit përfitim /efekte anësore të jetë në favor të përfitimit. Imunosupresioni profilaktik do vazhdojë për një periudhë të përcaktuar deri sa të shikohet e arsyeshme. Medikamentet e përdorur për këtë qëllim janë: ciklosporina A, tacrolimus, sirolimus, mycophenolate mofetil. **Ciklosporina A** mund të përdoret e vetme apo e kombinuar me mycophenolate mofetil në vend të azathioprinës. Pjesa më e madhe e mjekëve akoma mendojnë se prednisolini është ndihmësi kryesor për realizimin e imunosupresionit dhe pse dihen efektet anësore të tij. Ciklosporina është nefrotoksike për pjesën më të madhe të pacientëve dhe përdorimi për një kohë të gjatë i saj mund të shkaktojë flakjen kronike të renit. Nder efektet e saj anësore përmendim: hiperkolesterolemia, hipertensionin, hirsutismin, aknet.

Tacrolimus është një imunosupresor akoma më i fuqishëm. Ai është më pak nefrotoksik se ciklosporina, shkakton crregullime neurologjike, diabet dhe crregullime të elektroliteve. Megjithatë një dozim i saktë dhe monitorimi i pacientit bëjnë që tacrolimus të jetë tejet efektive.

Mycophenolate mofetil (MMF). Ka gjetur përdorim si në linjën primare ashtu dhe në linjën sekondare të terapise imunosupresore. Ky preparat po përdoret gjerësisht dhe është raportuar se redukton incidencën për biopsi renale pas transplantit. MMF i shoqëruar me ciklosporinë më ose pa prednisolon mundeson përdorimin e dozave më të ulta të makrolideve.

Sirolimus është licensuar për përdorim klinik në 1999 dhe përdoret në kombinim me ciklosporinën. Nuk rezultojnë të jetë nefrotoksike. Efektet e saj anësore janë hiperkolesterolemia, trombocitopenia e reversible dhe krijon dependencë.

Konklusioni

Trasplanti renal mbetet zgjidhja e vetme per pacientet ne stadin terminal te IRK. Efektiviteti i transplantit varet nga zgjedhja e çiftit dhurues-marres, nga terapia e duhur immunosupresore dhe sigurisht nga aftesite kirurgjikale te kirurgeve.