

Il trapianto renale prima dell'inizio della terapia dialitica

G.P. Segoloni, G.B. Piccoli, G. Leonardi

Cattedra di Nefrologia dell'Università di Torino - Centro Trapianti Renali U.O.A.D.U. Nefrologia Dialisi e Trapianto - Azienda Ospedaliera S. Giovanni di Torino, Torino

Riassunto

Il trapianto renale preventivo – vale a dire quello eseguito prima dell'inizio del trattamento dialitico – è un'opzione terapeutica utilizzata, nell'uremico adulto non diabetico, in misura molto disomogenea nei differenti Paesi: nel Nord America corrisponde a circa il 25% di tutti i trapianti con donatore vivente, in Norvegia al 15% ed in Svezia al 9% dei trapianti annualmente eseguiti, in Italia all'1% dei primi trattamenti avviati, in Germania ed Austria non viene mai utilizzato. Alcune segnalazioni in era pre-ciclosporinica riportavano, per i trapianti preventivi, risultati di sopravvivenza del rene statisticamente inferiori a quelli ottenuti in pazienti dializzati e ne attribuivano la responsabilità alla mancanza, nei riceventi trapiantati prima della dialisi, di un putativo effetto immunodepressivo aggiuntivo dovuto alla più lunga convivenza con il *milieu* uremico. A partire dagli anni '80, numerose segnalazioni della letteratura hanno dimostrato nel trapianto predialitico risultati di sopravvivenza (paziente e rene) statisticamente superiori rispetto a quanto ottenuto in riceventi già dializzati da tempo. Un recente studio condotto su oltre 8000 trapianti da donatore vivente ha verificato nei trapianti preventivi rispetto ai trapianti eseguiti in uremici dializzati, una riduzione del 52% delle perdite di rene al 1° anno dimostrando anche una minor incidenza di rigetti acuti. A favore del trapianto preventivo infine vi sono i vantaggi di una migliore riabilitazione socio-lavorativa e soprattutto di un minor rischio di perdita del lavoro. L'eventualità di una mancata compliance terapeutica segnalata in passato, non ha trovato successive conferme e sembra superabile con una corretta preparazione psicologica del paziente. A parte sporadiche eccezioni, la maggioranza dei centri è orientata a condizionare la realizzazione del trapianto preventivo alla disponibilità di un donatore vivente; l'utilizzazione del donatore cadavere è considerata proponibile solo per programmi dove i tempi d'attesa siano inferiori a 12 mesi oppure in situazioni clinico-organizzative particolari.

PAROLE CHIAVE: Trapianto preventivo, Trapianto predialisi, Trapianto da donatore vivente

Pre-emptive kidney transplantation: is it worth it?

The rate of the clinical adoption of the so-called pre-emptive transplantation is widely different among countries. In North America it represents 25 % of the total living donor transplantations; in Norway and Sweden it is 15 % and 9 %, respectively, of all grafts performed; in Italy it is less than 1%, whilst in countries like Austria, Germany and Ireland pre-emptive transplantation is nonexistent. Some concern on this type of transplantation was raised in the Seventies and were mainly based on the evidence that uraemia has an immunosuppressive effect, which could be weaker in the pre-dialysis period. Several clinical observations in the pre-cyclosporin era supported this assumption. Starting from the Eighties, however, several studies have demonstrated that pre-emptive transplantation may yield better recipient and graft survival. Moreover, a recent retrospective study, based on >8000 living donor grafts that included both treated and untreated by long-term dialysis before transplantation, showed in the pre-emptive cohort a 52 % reduction in graft losses after the first year and also a lower incidence of acute rejections. Among the advantages of pre-emptive transplantation we find better rehabilitation and especially a lower risk of job loss. The risk of poorer patient compliance, as initially pointed out, has

no longer been reported and can be overcome by adequate psychological preparation of the patient. Most centres performing pre-emptive transplantation favour the use of living donor because of the general shortage of cadaver kidney vs. the increasing number of dialysed patients on the waiting list. Nevertheless, in special circumstances (national programs with short waiting lists, uremic type I diabetics, children, primary type I hyperoxaluria), some AA also recommend the use of the cadaver donor. (G Ital Nefrolog 2002; 19: 168-77)

KEY WORDS: *Pre-emptive transplantation, Predialysis transplantation, Living donor transplantation*