

Anno 28 n. S53 Luglio-Agosto 2011

Giornale Italiano di Nefrologia

Organo della Società Italiana di Nefrologia

on-line: www.sin-italy.org

Numero speciale S53 dedicato agli:
**ABSTRACT DEL 52°
CONGRESSO NAZIONALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA**

Genova
21-24 Settembre 2011



ISSN 0393-5590

402 PO

IL TRAPIANTO DI RENE IN RICEVENTI DI ETÀ SUPERIORE A 60 ANNI: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

Nastasi V., Taruscia D., Gaffi G., D'Arezzo M., Fanciulli E., Manarini G., Frascà G.M.
U.O. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Ospedali Riuniti Ancona, Ancona

Introduzione. Il progressivo invecchiamento della popolazione di pazienti in dialisi ha posto il problema di offrire l'opzione trapianto renale anche a pazienti di età più avanzata. In questo lavoro vengono paragonati i risultati ottenuti in pazienti sottoposti a trapianto renale con età ≤ 60 anni con quelli ottenuti in pazienti con età < 60 anni.

Pazienti e Metodi. Sono stati rivalutati 191 trapianti consecutivi, eseguiti in 5 anni presso il nostro Centro: 47 su riceventi ≥ 60 anni (GRUPPO-A: età media 64.2 anni) e 144 su riceventi < 60 anni (GRUPPO-B: età media 47.2 anni). L'età media dei donatori era 60.7 anni nel GRUPPO-A e 46.3 nel GRUPPO-B. La terapia immunosoppressiva è stata a base di Basiliximab, Steroidi (500 mg tempo 0 poi 125 mg/die progressivamente ridotti a 5 mg/die in 45 giorni), CNI (tacrolimus blood level < 8 ng/mL, Ciclosporina blood level < 500 ng/mL) e MMF/EC-MPS (2 gr/1440 mg die).

Risultati Nel GRUPPO-A a 12 mesi la sopravvivenza del graft è 91.8% e la sopravvivenza attuariale dei pazienti è del 95.9%. Tali si sono mantenute fino a 60 mesi. I pazienti deceduti sono 2 (sepsi, pancreatite); i pazienti che hanno perso il graft sono 3 (1 rigetto, 2 infarto renale), tutti entro i primi 12 mesi dal trapianto. I valori medi di creatinina e VFG a 6 e 36 mesi sono rispettivamente 1.9 mg/dL-37.4 mL/min e 1.2 mg/dL-63 mL/min. Nel GRUPPO-B la sopravvivenza del graft a 12 e 60 mesi è rispettivamente 93.9% e 92.2%; la sopravvivenza attuariale dei pazienti a 12 e 60 mesi è rispettivamente 100% e 97.6%. I pazienti deceduti sono 4 (trauma stradale, insufficienza epatica, neoplasia, IMA); i pazienti che hanno perso il graft sono 11 (ricidiva nefropatia di base, 4 rigetto, trombosi arteria renale, ascesso addominale, CAN, infarto renale, fistola urinosa, primary non function). I valori medi di creatinina e VFG a 6 e 36 mesi sono rispettivamente 1.5 mg/dL-48.7 mL/min e 1.5 mg/dL-51.8 mL/min.

Conclusione. Il trapianto di rene singolo è una valida opzione terapeutica anche per pazienti con età ≥ 60 anni.

403 PO

IL DOPPIO TRAPIANTO RENALE NELL'IPERROSSALURIA PRIMITIVA DI TIPO I "LATE ONSET"

Gallo E., Messina M., Lavacca A., Daidola G., Giraudi R., Tognarelli G., Segoloni G.P.
Unità Trapianto Renale, Cattedra di Nefrologia, Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino, Torino

L'iperossaluria primitiva di tipo I (PH1) nel 21% dei casi si presenta nell'età adulta ("late onset"; quadro di nefrolitiasi ed IRC). Il trapianto epatico ripristina l'enzima deficitario. L'incremento della massa nefronica con un doppio trapianto renale potrebbe essere considerato una strategia terapeutica, non segnalata in letteratura, alternativa alla terapia eziologica. Riportiamo un caso di doppio trapianto renale in paziente affetto da PH1 late onset effettuato presso il nostro centro trapianti; un ulteriore paziente è al momento in lista d'attesa per la stessa procedura. CN, maschio, anni 48. Una sorella affetta da PH1 sottoposta a trapianto rene e poi fegato-rene. A 10 aa: calcolosi recidivante; funzione renale normale; dosaggi ossalato normali 01/2009 (48 aa): deterioramento funzionale renale con necessità di avvio del trattamento sostitutivo; diagnosi genetica di PH1. 07/2009: doppio trapianto renale da donatore cadavere (Karpinski score: 2 rene destro e sinistro); Ischemia: 12 h-10.30 h; Induzione: Ab anti IL2R-Globulina anti linfocitaria (ATG)-Acido micofenolico (MPA)-Metilprednisolone (MP). Nel post trapianto: ripresa diuretica immediata, non necessità dialitica; reazione allergica ad ATG, avvio precoce del Tacrolimus (TAC). Mantenimento con TAC-MPA-Prednisone (PN); crs 1.4 mg%, pto 0.4 g/die. A 1 mese: Biopsia renale: tossicità acuta da CNI. A 3 mesi: crs 1.5 mg%; Everolimus (EVE)-TAC-PN. A 12 mesi: crs 1.7 mg%; ossalemia-uria nei limiti della norma; infezione attiva da BK virus (s-BKV 104 copie/mL; u-BKV 106 copie/mL); ridotti i livelli di immunosoppressori: TAC 3-4, EVE 6-7. A 20 mesi: crs 1.1 mg%, pto < 0.1 g/d; TAC (2-3 ng/mL)-EVE (4-5 ng/mL)-PN; livelli di replicazione del BK virus su sangue e urine stabilizzati (s-BKV 104 copie/mL; u-BKV 106 copie/mL). Pur essendo noto che il solo trapianto renale non sia considerato una terapia "eziologica" della PH1, la nostra esperienza di doppio trapianto renale in casi selezionati di PH1 (non ossalosi sistemica, risposta alla terapia, esordio tardivo) mostra un buon esito (non recidiva a 24 mesi) ed è positivamente influenzata da: una contenuta ischemia fredda, un'induzione senza CNI (migliore clearance ossalati) e una terapia a bassa nefrotossicità. Su questa base abbiamo proposto la stessa terapia ad un secondo paziente.

404 PO

DECESSO E TRAPIANTO TRA CANDIDATI AL TRAPIANTO RENALE: CONFRONTI TRA RISCHIO COMPETITIVO E ANALISI STANDARD

Di Napoli A., Salvatori M.F., Franco F., Di Lallo D., Guasticchi G., per Registro Regionale Dialisi Trapianto Lazio
Laziosanità-Agenzia Sanità Pubblica, Roma

Prefazione/Introduzione. Il decesso di pazienti in dialisi cronica (DC), potenziale candidato al trapianto renale (Tx), è un rilevante problema di sanità pubblica. La presenza di eventi competitivi (come decesso e Tx), il metodo di Kaplan-Meier (KM), che assume l'indipendenza tra causa del troncamento ed evento, non è appropriato, poiché sovrastima il rischio dell'evento di interesse, non più possibile dopo il verificarsi dell'evento competitivo. Lo studio si propone di stimare l'incidenza cumulativa e fattori associati al Tx tra potenziali candidati, utilizzando analisi standard e di rischio competitivo.

Materiali e Metodi. Studio di coorte retrospettivo di 2733 pazienti (età < 60 anni), entrati in DC nel Lazio (1995-2008), potenziali candidati al Tx. Sono stati esclusi i pazienti valutati clinicamente non idonei. Si è stimata l'incidenza cumulativa di Tx a 10 anni dall'ingresso in DC, sia con il metodo KM che con l'analisi di rischio competitivo. Mediante un modello standard di Cox e uno di rischio competitivo (Fine-Gray), si è stimata la probabilità di Tx, tenendo conto di variabili socio-demografiche e cliniche.

Risultati e Conclusioni. L'incidenza cumulativa di Tx è stata 0.69 (IC 95%: 0.61-0.72) con il metodo KM e 0.65 (IC 95%: 0.60-0.69) con l'analisi di rischio competitivo. Utilizzando il modello di Fine-Gray, si è osservata una minore probabilità di Tx per ogni anno d'età in più (HR=0.97; IC 95%: 1.18-1.78), minor autonomia (HR=0.50; 95% CI: 0.29-0.86), più basso titolo di studio (HR=0.65; IC 95%: 0.56-0.85), HCV positivi (HR=0.33; IC 95%: 0.17-0.66) e non vaccina per HBV (HR=0.67; IC 95%: 0.53-0.84). Risultati simili si sono ottenuti con modello di Cox. Si conferma che in presenza di eventi competitivi (decesso Tx), i metodi standard di analisi non sono appropriati per stimare l'incidenza cumulativa e determinanti. Nel nostro studio la sovrastima è meno evidente per la bassa incidenza dell'evento competitivo (decesso) tra persone < 65 anni, probabilmente con meno comorbidità. Il ruolo di età, autonomia, istruzione sulla probabilità di Tx suggerisce la necessità di politiche sanitarie mirate ad una più adeguata informazione sul Tx e alla definizione di percorsi standardizzati per l'accesso alla lista d'attesa.

405 PO

RISULTATI DELLA CONVERSIONE DA BI A MONO-SOMMINISTRAZIONE DI TACROLIMUS NEL TRAPIANTO DI RENE

Taruscia D., Nastasi V., Gaffi G., Balestra E., Fanciulli E., D'Arezzo M., Manarini G., Frascà G.M.
U.O. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Ospedali Riuniti Ancona, Ancona

Introduzioni. L'aderenza alla terapia è un punto fondamentale dell'outcome lungo termine del trapianto di rene. Al fine di facilitare l'assunzione della terapia può essere utile ridurre il numero di compresse che i pazienti devono assumere. La disponibilità di una formulazione in mono-somministrazione può essere utile. Il lavoro riporta l'esperienza di un singolo centro, su 41 pazienti portatori di rene con funzione renale stabile, passati alla terapia con tacrolimus da bi a mono-somministrazione.

Pazienti e Metodi. I pazienti hanno un'età compresa fra 22 e 71 anni (età medi 51 anni). 7 pazienti hanno presentato un episodio di rigetto acuto prima della conversione. La terapia immunosoppressiva iniziale era a base di Basiliximab (2 mg al tempo 0 e al giorno 4), Steroidi (1.6-2 mg/kg/die progressivamente ridotti fino a 5 mg/die dopo 45 gg dal tx), EC-MPS (720 mg/die), Tacrolimus (dosaggio iniziale 0.1 mg/Kg/die poi aggiustata per mantenere livelli ematici di 8-10 ng/mL). Il passaggio da bi a mono-somministrazione è avvenuto dopo 26 \pm 17 mesi dal trapianto, mantenendo complessivamente la stessa dose/die di tacrolimus e il resto della terapia immunosoppressiva invariato.

Risultati. Dopo la conversione non si sono verificati episodi di rigetto e la funzione renale è rimasta stabile. A parità di dose somministrata i livelli ematici di tacrolimus sono risultati inferiori dopo conversione alla mono-somministrazione (-19%) e la dose somministrata è stata del 10% maggiore rispetto a quella utilizzata in bi-somministrazione.

Conclusioni. La conversione da bi a mono-somministrazione di tacrolimus nei portatori di trapianto renale stabilizzato è sicura e può offrire vantaggi nell'aderenza del paziente al trattamento. Se si desidera mantenere gli stessi livelli ematici è necessario utilizzare una dose di tacrolimus più elevata in mono-somministrazione. È inoltre necessario monitorizzare i livelli ematici del tacrolimus per i possibili interazioni con altri farmaci.