

Bölüm 73

RENAL TRANSPLANTASYONDA GENİŞLETİLMİŞ KRİTERLİ DONÖR KULLANIMI

Mehmet Çağatay ÇİÇEK¹

GİRİŞ:

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) basitçe, irreversibl olarak glomerul filtrasyon hızının (GFR) 10 ml/dakika' dan daha düşük seviyede olması veya serum kreatinin değerinin 8 mg/dl' nin üzerinde olması olarak tanımlanır (Annual report 1994). KBY' nin tedavisi olan renal replasman tedavi seçeneklerinden birisi de renal transplantasyondur. Renal replasman tedavisinin amacı yaşam süresini ve kalitesini artırılmasıdır ve renal transplantasyon diyaliz ile karşılaştırıldığında hastalar için bariz bir şekilde daha uzun yaşam vadetmektedir (US Renal Data System, 2010). Renal transplantasyon solid organ nakline öncülük etmiş bir operasyon olmakla birlikte renal transplantasyon cerrahisi ve nefrolog arasındaki takım çalışması da tıptaki multidisipliner yaklaşım modeline öncülük etmiştir. Carrel ilk defa 1900' lü yılların başında renal transplantasyon için modern vasküler sütür tekniğini tanımlayarak 1912 yılında Nobel ödülüne layık görülmüştür. Ukrayna' dan Voronoy ise 1933 yılında ilk insan renal allogrefti transplante etmiştir. Bu nakilin vericisi 66 yaşında bir erkekten ölümünden 6 saat sonra böbreği çıkarılan kadaverik donördür. Renal transplantasyon alıcısı için rutin kullanımda olan iki kaynak mevcuttur, bunlar canlı ve kadaverik böbrek vericileridir.

DONÖR SEÇİMİ

Donör seçiminde, canlı verici olsun, kadaverik verici olsun temel kriterler vericinin böbrek hastalığı olmaması, aktif enfeksiyonu olmaması ve malign tümöral bir hastalığının olmamasıdır. Verici kaynağından bağımsız olarak sıcak iskemiyi zamanını kısa tutmak, renal vasküler yapıları azami düzeyde korumak ve üreteral kan akımını bozmayacak şekilde teknik kullanmak en çok özen gösterilmesi gereken noktalardır. Bununla beraber kadaverik donör operasyonlarında doku uyum materyallerinin (Dalak, lenf nodları, vb) yeterli miktarda ve şekilde çıkartılması ve gereklilik halinde rekonstrüksiyonda kullanmak için iliyak vasküler (Arter ve ven) greftler alınması da önem arz eden basamaklardır. Potansiyel beyin ölümü deklareasyonu, hastayı takip eden hekimin sorumluluğundadır.

İdeal kadavra vericisi 6 ila 50 yaşları arasında, normal renal fonksiyonlara sahip olmalı, tedavi gerektirecek düzeyde hipertansiyon hastası olmamalı, diyabet olmamalı. Ayrıca tedavi edilmiş cilt kanseri ve primer beyin tümörleri hariç herhangi bir malignensi durumu olmamalıdır. Transplant sonrası immün supresif tedavi alacağından jeneralize viral veya bakteriyel enfeksiyonu olmamalıdır.

¹ Doktor Öğretim Görevlisi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, cgytccicek@gmail.com

Renal transplantasyon; ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği replasman tedavisinde en sık kullanılan yöntem olan hemodiyalize göre hem medikal sonuçlar hem de hasta hayat kalitesi açısından daha avantajlı olmakla birlikte daha maliyet etkin (kost efektif) bir tedavi yöntemidir. Genç hastaların beklenen yaşam süreleri daha fazla olduğundan ve nakil sonrası ECD greftlerde eGFR 45 ml/dk altına düştüğünde tedavi maliyetleri çok yükseldiğinden (17) Marjinal böbreklerin kimlere nakil edileceği iyi değerlendirilmelidir. Organ nakil kuruluşları buna yönelik bir stratejiler geliştirmeye çalışmaktadır. Bu soruna yönelik organ bekleme listelerinde ECD greftler için ayrı bir liste tutulması yöntemi uygulanabilir. Bu yöntem benzer bir yöntem Avrupa Birliği transplant bölgesinde yaşlı kişilerin böbreğinin yaşlı kişilere transplantasyonu şeklinde uygulanmaktadır (18). Doğru stratejiler oluşturulması ECD böbreklerin daha efektif bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır. Buna yönelik üzerinde uzlaşmış bir ulusal konsensus geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genişletilmiş Kriterli Donör, Marjinal Donör, Renal Transplantasyon

KAYNAKÇA

- 1: The multiple organ donor: identification and management. Soifer B, Gelb AW. *Ann Intern Med.* 1989 May 15;110(10):814-23. Review. Erratum in: *Ann Intern Med* 1989 Jul 15;111(2):189.
- 2: Regulatory T cells: potential in organ transplantation. Wood KJ, Luo S, Akl A. *Transplantation.* 2004 Jan 15;77(1 Suppl):S6-8.
- 3: Metzger RA, Delmonico FL, Feng S, Port FK, Wynn JJ, Merion RM: Expanded criteria donors for kidney transplantation. *Am J Transplant* 2003;3:114-125.
- 4: Tullius SG, Volk HD, Neuhaus P: Transplantation of organs from marginal donors. *Transplantation* 2001;72:1341-1349.
- 5: Ekser B, Furian L, Broggiato A, Silvestre C, Pierobon ES, Baldan N, Rigotti P: Technical aspects of unilateral dual kidney transplantation from expanded criteria donors: Experience of 100 patients. *Am J Transplant* 2010;10:2000-2007.
- 6: Wade HM, Heckman MG, Rawal B, Taner CB, Farahat W, Nur L, Mai ML, Prendergast M, Gonwa TA: Comparison of kidney function between donation after cardiac death and donation after brain death kidney transplantation. *Transplantation* 2013;96:274-281.
- 7: Kim SM, Ahn S, Min SI, Park D, Park T, Min SK, Kim SJ, Ha J: Cold ischemic time is critical in outcomes of expanded criteria donor renal transplantation. *Clin Transplant* 2013;27:132-139
- 8: Johnston TD, Thacker LR, Jeon H, Lucas BA, Ranjan D: Sensitivity of expanded-criteria donor kidneys to cold ischaemia time. *Clin Transplant* 2004;18:28-32.
- 9: Goh CC, Ladouceur M, Peters L, Desmond C, Tchervenkov J, Baran D: Lengthy cold ischemia time is a modifiable risk factor associated with low glomerular filtration rates in expanded criteria donor kidney transplant recipients. *Transplant Proc* 2009;41:3290-3292.
- 10: A guide to calculating and interpreting the kidney donor profile index (KDPI). (cited 2015 February 17). Available at http://optn.transplant.hrsa.gov/content/documents/guide_to_calculating_interpreting_kdpi.pdf
- 11: Rao PS, Schaubel DE, Guidinger MK, Andreoni KA, Wolfe RA, Merion RM, Port FK, Sung RS: A comprehensive risk quantification score for deceased donor kidneys: The kidney donor risk index. *Transplantation* 2009;88:231-236.
- 12: Han M, Jeong JC, Koo TY, Jeon HJ, Kwon HY, Kim YJ, Ryu HJ, Ahn C, Yang J: Kidney donor risk index is a good prognostic tool for graft outcomes in deceased donor kidney transplantation with short, cold ischemic time. *Clin Transplant* 2014;28:337-344.
- 13: Ayar Y, Ersoy A: Current Approaches for Marginal Donor Usage in Kidney Transplantation *Turk Neph Dial Transpl* 2016; 25 (Ek / Suppl 1): 41-52.
- 14: Tanriover B, Mohan S, Cohen DJ, Radhakrishnan J, Nickolas TL, Stone PW, Tsapepas DS, Crew RJ, Dube GK, Sandoval PR, Samstein B, Dogan E, Gaston RS, Tanriover JN, Ratner LE, Hardy MA: Kidneys at higher risk of discard: Expanding the role of dual kidney transplantation. *Am J Transplant* 2014;14:404-415.
- 15: Lledó-García E, Riera L, Passas J, Paredes D, Morales JM, Sánchez-Escuredo A, Burgos-Revilla FJ, de Andrés Belmonte A, Oppenheimer F, Rodríguez-Ferrero ML, Solé M, Matesanz R, Valentín M, Pascual J: Spanish consensus document for acceptance and rejection of kidneys from expanded criteria donors. *Clin Transplant* 2014;28:1155-1166.
- 16: Tanrisev M, Hoşoşkun C, Aşçı G, Sözbilen M, Fırat Ö, Ertılav M, Özkahya M, Töz H: Long-term outcome of kidney transplantation from elderly living and expanded criteria deceased donors. *Ren Fail* 2015;37:249-253.
- 17: Schnitzler MA, Gheorghian A, Axelrod D, L'Italien G, Lentine KL: The cost implications of first anniversary renal function after living, standard criteria deceased and expanded criteria deceased donor kidney transplantation. *J Med Econ* 2013;16:75-84.
- 18: European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group: ERBP Guideline on the Management and Evaluation of the Kidney Donor and Recipient. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28:ii1-ii71.
- 19: Prostate Imaging and Reporting and Data System: Version 2, PI-RADS Steering Committee, 2014.