

Case Report

Tempestivo e completo processo di analisi del rischio di una grossa lesione neoplastica renale: le ricadute sui pazienti trapiantati

Mansouri M.*, Giacometti R.*, Guermani A.***, Genzano Besso F.*

*Medico del Centro Regionale Trapianti Piemonte e Valle d'Aosta

** Medico del Coordinamento Regionale Donazioni e Prelievi Piemonte e Valle d'Aosta

Introduzione

La gestione del rischio nei trapianti è obbligo normativo, ma è altresì attività indispensabile per intercettare eventi potenzialmente dannosi per pazienti e Rete, e per limitare il danno ad evento accaduto.

Scopo

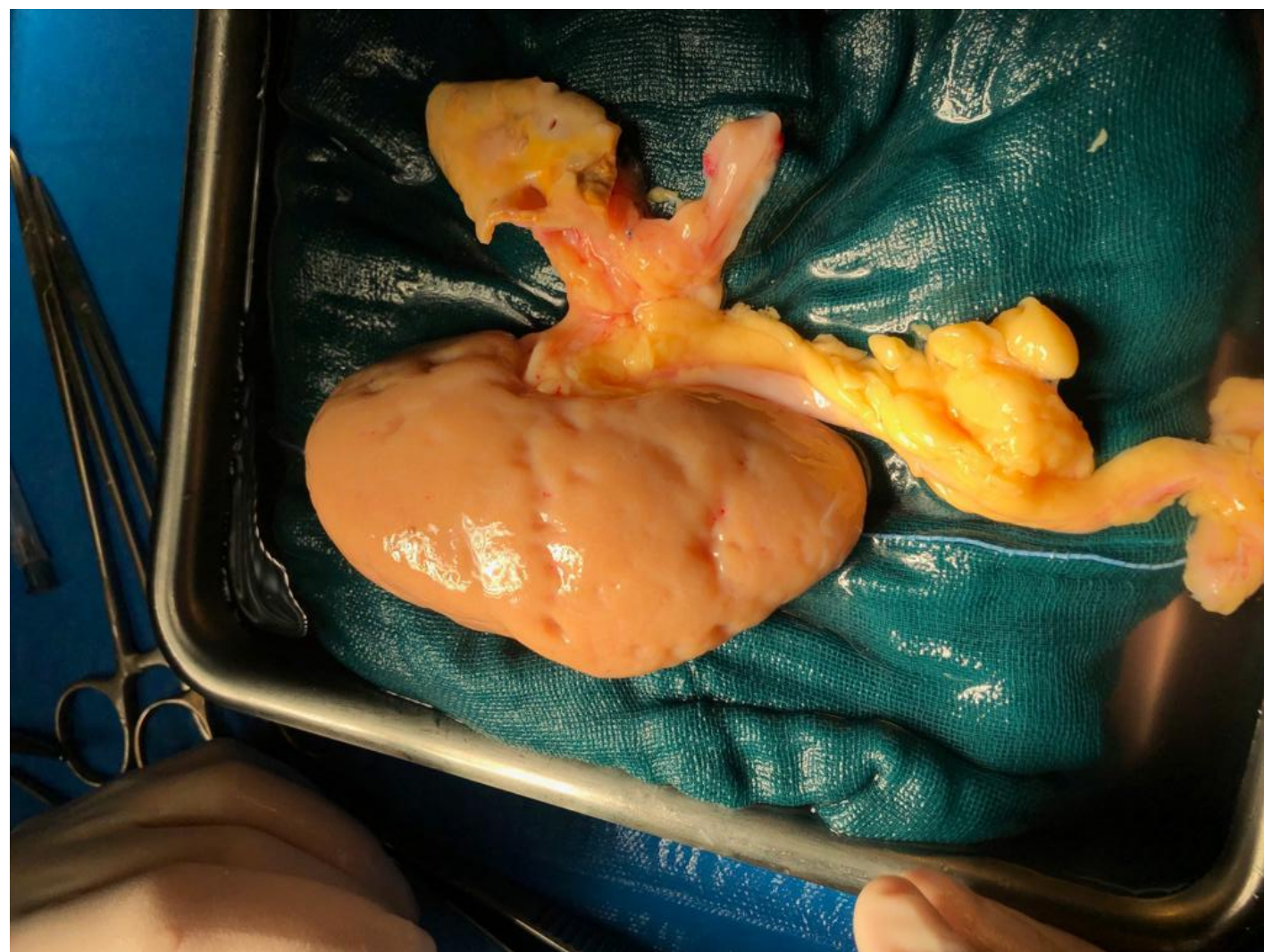
Descrivere un caso in cui la corretta e tempestiva analisi del rischio ha permesso di prendere decisioni immediate per i riceventi degli organi, stante un reale rischio di trasmissione neoplastica.

Metodologia

Si è considerato un donatore con carcinoma uroteliale epiteliale della pelvi renale e dell'uretere prossimale alto grado, G3, infiltrante il parenchima, di 6 cm, lesione emersa in fase di trapianto.

Ogni indagine svolta non aveva evidenziato anomalie; l'organo è stato giudicato idoneo in ogni step.

Il rene a banco in fase di trapianto



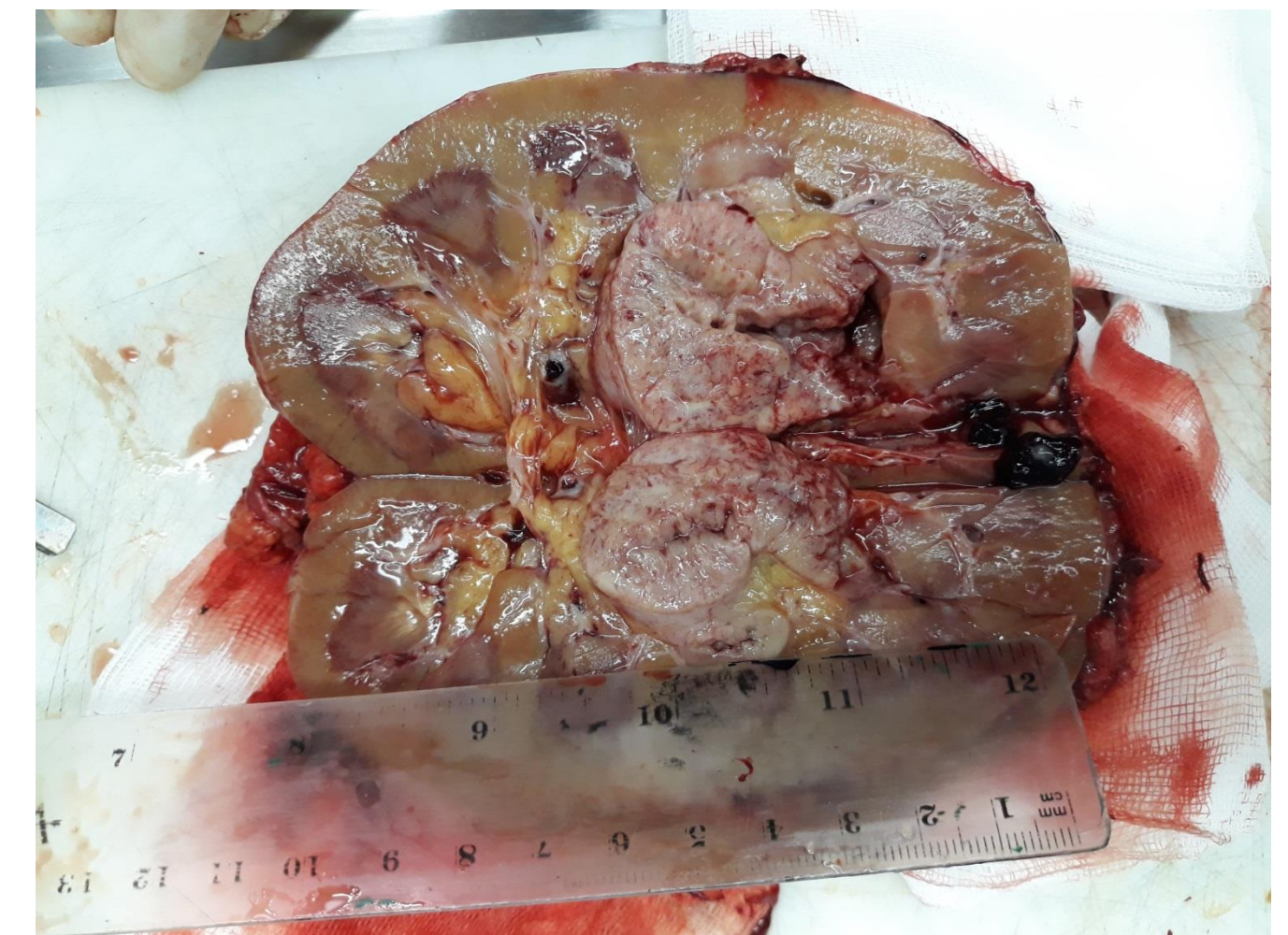
L'ecografia riportava: "reni in sede, di forma e volume normali con diametro longitudinale di circa 11 cm e spessore parenchimale di circa 2 cm. Al terzo superiore del rene di destra si osserva una formazione cistica del diametro massimo di circa 15 mm. Non dilatazione delle cavità calico-pieliche né visibilità di immagini riferibili a calcoli nei limiti di risoluzione ecografica".

La creatinina di ingresso è 0.89 ed attuale 1.77. Al sedimento urinario presenza di 20 mg proteine/dL.

Il necrokidney riportava, a carico del rene destro: "intensa perinefrite. Piccola infrazione dell'arteria craniale, suturata con prolene 4/0. Cisti semplice di circa 2 cm faccia anteriore"; a carico del rene sinistro: "intensa perinefrite".

Gli Score biotipici erano: rene destro 1 (vascolare) e rene sinistro 3 (1 di sclerosi glomerulare, 1 di fibrosi interstiziale, 1 di vascolare).

In fase di trapianto, in modo fortuito (rene destro trapiantato a sinistra con bacinetto visibile ai trapiantatori), si evidenzia la neoplasia



Anatomia Patologica: la neoplasia macroscopicamente

Il rene neoplastico è stato immediatamente espantato. Il fegato era già stato trapiantato, il secondo rene non utilizzato dopo allerta del CRT alla sede di trapianto.

Analisi dell'evento avverso (Commissione di esperti oncologi, anatomopatologi, chirurghi, DS, personale del CRT e del CNT)

Conclusioni

Quali ipotesi da mettere in campo per evidenziare prima la neoplasia

Effettuazione di TAC con mezzo di contrasto a tutti i donatori con BMI superiore a 30 (obesità lieve), per supportare la visione ecografica degli organi addominali, molto limitata dall'habitus del donatore. Si è stimata una percentuale di donatori da sottoporre a questo esame del 8-10% in un anno. I presenti concordano sul fatto che questa misura non sia percorribile/utile perché: non è possibile effettuare la fase escretoria, si rischia di danneggiare reni con l'uso del mezzo di contrasto, l'incidenza dei carcinomi uroteliali è di circa 2/100.000 e non giustificerebbe il rischio di danno renale o di arresto cardiaco nel donatore.

Effettuazione di TAC con mezzo di contrasto solo nei casi con anamnesi positiva per esposizione a fumo e/o idrocarburi policiclici aromatici nell'attività lavorativa rilevata all'anamnesi del donatore. I presenti concordano sul fatto che questa misura non sia percorribile perché: i fumatori rappresentano una percentuale altissima dei donatori e di nuovo non giustificerebbe il rischio di danno renale o di arresto cardiaco nel donatore.

Effettuazione di TAC con mezzo di contrasto solo nei casi con anamnesi positiva per macroematuria. I presenti concordano sul fatto che questa misura non sia percorribile perché i donatori sono cateterizzati e sovente si osserva ematuria all'esame urine.

Ureteroscopia su tutti i reni destinati al trapianto: i presenti concordano sul fatto che questa misura non sia percorribile perché: la manovra è fortemente a rischio di slaminamento dell'uretere e in questa fase gli organi salvavita sono già stati trapiantati.

Effettuazione di ecografia sul rene a banco al trapianto. I presenti concordano sul fatto che questa misura non sia percorribile perché: l'ecografia non è esame di elezione per la diagnosi di queste lesioni dell'alta via escrettrice e in questa fase gli organi salvavita sono già stati trapiantati.

Citologico su urine per i donatori con rischio aumentato all'anamnesi per Carcinoma uroteliale. I presenti concordano sul fatto che questa misura non sia percorribile perché sarebbe impossibile restringere il campo ai casi con rischio aumentato e richiederebbe almeno sei ore per una corretta valutazione da parte di citologi esperti reperibili con esecuzione possibile solo nel più grande Presidio della Regione.

Si conclude che NON si possono individuare azioni che presentino un adeguato supporto di prevenzione del rischio specifico.

Quale follow up nei riceventi

Non c'è letteratura che permetta di definire l'intervallo di tempo utile a reimmettere in lista il paziente trapiantato ed espantato di rene, né a definire il rischio di trasmissione neoplastica nel ricevente fegato. Solo l'analisi dettagliata dell'evento ha permesso di definire un iter di follow up per il ricevente fegato e di reimmissione in lista per il ricevente rene.

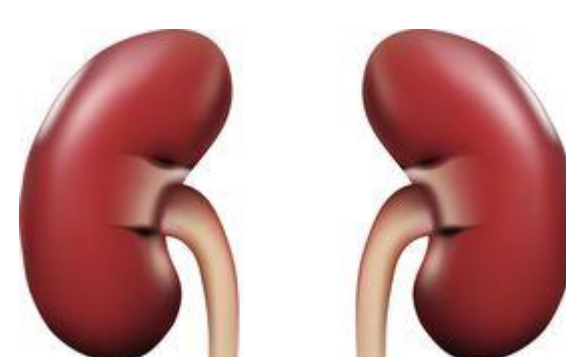
Stante la mancanza di dati di letteratura sul tema e il breve tempo di permanenza dell'organo nell'addome del ricevente;

messe in atto tutte le manovre per evitare lo spandimento di cellule tumorali nel ricevente; essendo la neoplasia del donatore e non nativa del ricevente si ritiene ammissibile reinserire in lista il paziente in un tempo di 6 mesi dall'evento.

In questo periodo il paziente dovrebbe essere sottoposto a:

TAC total body al tempo 0 e al momento dell'inserimento in lista attiva; e determinazione di eventuali anticorpi anti-HLA prodotti contro gli antigeni del donatore.

La presenza di anticorpi rappresenterebbe un evento che modifica l'iter di valutazione per trapianto e quindi renderebbe plausibile l'eventuale richiesta di inserimento in lista di urgenza nazionale qualificando l'evento quale una Primary Non Function



Il rischio di mortalità per espanto e ritrapianto è stato ritenuto dal Centro Trapianti troppo elevato. Essendo però il rischio di trasmissione di questa neoplasia concreto, trattandosi di paziente in terapia antirigetto, il ricevente del fegato dovrà seguire specifico follow up oncologico semestrale, atto ad evidenziare nel tempo possibile trasmissione tumorale. La prima TAC con mdc è negativa per neoplasia.