

PRIMA È MEGLIO DI DOPO?

L. Boschiero

Centro Trapianti Renali, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Verona

Riassunto

Il trapianto renale prima della dialisi, o trapianto pre-emptive, è una strategia terapeutica ottimale nei casi di insufficienza renale cronica terminale, offrendo vantaggi clinici rispetto al trapianto post-dialisi. Sia la sopravvivenza dell'organo che del paziente sono state dimostrate comparabili o superiori in diversi studi, evitando la morbidità ed i costi della dialisi. Tuttavia esso non è una opportunità realistica per la maggioranza dei pazienti, e nel nostro paese è eseguito solo nel trapianto da donatore vivente, nel pediatrico e nel combinato rene-pancreas. Al momento la dimensione della lista d'attesa ed i tempi di attesa in lista rappresentano il problema principale e richiedono alcune riflessioni etiche. Nel trapianto il vantaggio medico individuale ed il beneficio della collettività dovrebbero sempre convergere.

Better before than after?

Kidney transplantation before dialysis, or preemptive transplantation, is an optimal therapeutic strategy for end-stage renal disease and offers clinical advantages compared to post-dialysis transplant. Graft and patient survival rates have been shown to be comparable or even better for preemptive transplantation in different studies, avoiding the morbidities and cost of dialysis treatment. Nevertheless, it is not a realistic opportunity for the majority of patients and in our country it is performed only in living-donor, pediatric or combined kidney-pancreas transplantation. Right now, the length of the waiting list and the waiting times for cadaver donor kidneys are the most serious issues and call for ethical reflections. In transplantation, the individual medical advantage and social benefit should always converge. (G Ital Nefrol 2009; 26: 658-9)

Conflict of interest: None

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Luigi Boschiero
Centro Trapianti Renali
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Piazzale A. Stefani, 1
37126 Verona
e-mail:
centro.trapianti.renali@azosp.vr.it

Parole chiave:

Bioetica,
 Lista d'attesa,
 Pre-emptive,
 Trapianto di rene

Key words:

Bioethics,
 Waiting list,
 Preemptive,
 Kidney transplantation

INTRODUZIONE

Esiste in letteratura un consenso pressoché unanime sui vantaggi del trapianto renale *pre-emptive*, sia sulla sopravvivenza del *graft* che del paziente, anche se non tutti i pareri sono concordi.

Recentemente, nell'esperienza norvegese di Witczak (1), viene osservato un vantaggio nella *coorte* dei trapianti da donatore cadavere ma non da donatore vivente, come evidenziato già in un precedente studio di Innocenti (2). Ancora prima Meier-Kriesche

ed altri Autori (3, 4) avevano riportato invece un chiaro effetto in entrambi le *coorti* per il trapianto anticipato, sia sulla sopravvivenza del paziente che del *graft*. Anche i dati del Registro Internazionale (CST) sembrano confermare questo effetto positivo, che appare più evidente tuttavia con l'aumento dell'età dei riceventi (5).

Le due relazioni riportate in questo numero della Rivista, quella del Prof. G.P. Segoloni e quella del Prof. P. Rigotti, rivedono in contraddittorio i "pro" (Segoloni) ed i "contro" (Rigotti) del trapianto rena-

le *pre-emptive*. Per altro procedura non innovativa in quanto i primi dati sono disponibili in letteratura già dagli anni '90.

Entrambi gli Autori concordano sui vantaggi che questo tipo di trapianto è in grado di offrire ai pazienti, non solo in termini di sopravvivenza d'organo e paziente ma anche per quanto attiene alla qualità di vita ed ai costi rispetto la dialisi.

Va altresì ricordato che l'esperienza Italiana è limitata a pochi casi, in particolare ai trapianti da donatore vivente, ai pazienti iscritti

per combinato rene-pancreas ed ai riceventi di doppio rene, oppure al programma pediatrico.

Dovrebbe essere esteso questo programma ai pazienti in pre-dialisi che non rientrano nelle categorie precedenti, ossia a coloro che entreranno prossimamente nel programma del solo trapianto da donatore cadavere?

Mentre Rigotti teme che ciò porterebbe ad una abnorme espansione della lista e dei relativi tempi d'attesa in lista, che già ora è mediamente di oltre 3 anni, Segoloni tende a sottolineare i benefici di questa procedura, in particolar modo sulla ridotta mortalità cardiovascolare, sulla minore incidenza di ritardata ripresa funzionale e rigetto acuto, nonché sulla migliore qualità di vita per il paziente e per l'insieme familiare, fattori che spiegherebbero la superiorità del trapianto *pre-emptive*.

Come coniugare entrambi i punti di vista? Uno più centrato nel massimizzare il beneficio clinico, l'altro più teso ad una redistribuzione equa della risorsa.

Estremizzando queste due letture potremmo dire che Segoloni è un capitalista mentre Rigotti un comunista.

Il trapianto in generale è un'indicata opportunità terapeutica per i pazienti uremici in lista d'attesa. Ma il trapianto è anche una risorsa "not for all", in quanto limitata dal divario tra domanda e offerta.

Secondo i dati del Centro Nazionale Trapianti, a fronte di 1532 trapianti di rene eseguiti in Italia

nel 2008, residua una popolazione in lista attiva di 7069 pazienti al 31.12.2009 (6). Il tempo d'attesa in lista è concordemente ritenuto una variabile importante per la sopravvivenza del paziente in post-trapianto e l'attesa in lista è gravata da una mortalità (1.5%). Questo ed altri aspetti pongono in maniera consequenziale il tema della "allocazione della risorsa trapianto", soprattutto in termini di equità, trasparenza e tracciabilità (7). Massimizzare il beneficio della risorsa (migliori apparenti risultati), richiede, in un sistema limitato, l'utilizzo di un criterio etico redistributivo della risorsa medesima. Questo punto di vista è sostenuto con maggior vigore nella relazione di P. Rigotti, anche se già nell'introduzione Segoloni anticipa che ogni valenza positiva per un individuo deve essere valutata anche nel contesto sociale o di gruppo.

Anche i capitalisti sono in fondo in fondo un po' comunisti...

Ci sono a mio modesto parere alcuni aspetti che potrebbero giovare alla causa. Il primo si riferisce all'assurda lungaggine delle indagini per inserire il paziente in lista (circa un anno), il secondo ai ritardi che talvolta originano dalla valutazione dei centri trapianti. Due code che potrebbero essere facilmente troncate iniziando la valutazione Nefrologica ben prima dell'inizio dialisi (e non dopo), stimolando nel contempo i centri trapianto ad essere più celeri nella

loro valutazione di idoneità.

Un terzo elemento è rappresentato dagli stati transitori di "fuori lista temporaneamente". Anch'essi devono essere ridotti al minimo in termini di tempo rivalutativo. Infine, è possibile che all'interno del contenitore lista, sia di un singolo centro che nazionale, vi sia un certo numero di pazienti inidonei (spesso per troppo lunghi tempi d'attesa), che restano e resteranno perennemente "congelati" in un limbo alla Godot.

Rimane da definire (ed è cosa non da poco) se necessiti un algoritmo "nazionale" di selezione dei pazienti che eviti le disparità di differenti politiche allocative.

In sintesi, assieme all'invito a leggere le due relazioni, potremmo concludere che nel trapianto da donatore cadavere è ancora mandatorio il criterio del "tempo di permanenza o iscrizione in lista", assieme ovviamente a quello immunologico, sino a che il sistema è sbilanciato verso la domanda (ci auguriamo non per sempre). Invece nella donazione da vivente, nel pediatrico e nel combinato rene-pancreas, possono trovare posto le eccezioni che confermano la regola: non parti disuguali tra uguali.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Witczak BJ, Leivestad T, Line PD, et al. Experience from an active preemptive kidney transplantation program--809 cases revisited. *Transplantation* 2009; 88: 672-7.
2. Innocenti GR, Wadei HM, Prieto M, et al. Preemptive living donor kidney transplantation: do the benefits extend to all recipients? *Transplantation* 2007; 83: 144-9.
3. Meier-Kriesche HU, Kaplan B. Waiting time of dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: a paired donor kidney analysis. *Transplantation* 2002; 74: 1377-81.
4. Mange KC, Weir MR. Preemptive renal transplantation: why not? *Am J Transplant* 2003; 3: 1336-40.
5. Fonte dati: Collaborative Transplant Study: <http://ctstransplant.org/>
6. Fonte dati: Sistema informativo trapianti. Sito ufficiale Centro nazionale Trapianti.
7. Petrini C. Preemptive kidney transplantation: ethical issues. *Ann Ist Super Sanità* 2009; 45: 173-7.