

DIALISI, TRAPIANTO E DONAZIONE: TRE CONTROINDICAZIONI ALLA GRAVIDANZA?



Dr.ssa Andreana De Mauri

S.C.O. di Nefrologia e Dialisi
A.O.U. Maggiore della Carità
Novara

✉ e-mail: andreanademauro@libero.it

Le donne nefropatiche sviluppano un elevato tasso di infertilità e di patologie della gravidanza (G) a causa della malattia renale, delle terapie (eziologiche, conservative o sostitutive) e per motivi psicosociali (ospedalizzazione, discriminazione, ecc.).

La rilevanza sociale e numerica della "questione nefrologica" si riflette in area "nefro-ostetrica" soprattutto per le tre condizioni renali "limite": dialisi, trapianto e donazione di rene.

Dialisi

È l'area in cui la gestione della G risulta più pionieristica, come dimostrato da un recente lavoro di revisione (1), in cui la difficoltà principale è stata quella di selezionare fra 241 articoli, eterogenei per casistica, definizioni e *outcomes*, i 10 utili all'analisi. Delle 90 G non programmate in 78 dializzate, si sono osservati 10 interruzioni volontarie, 5 aborti spontanei e 14 nati morti. Delle rimanenti 61 G, il 76.3% (media della letteratura 50-100%) è esitato nella nascita di un feto vivo. Il parto pretermine e il basso peso alla nascita sono stati la regola, ma le situazioni non gestibili dalla terapia intensiva neonatale si sono verificate nel 10% dei casi. Per la madre non si sono osservati eventi "gravi" e la sfida maggiore è stata quella del controllo pressorio, fra preeclampsia e fenomeni ipotensivi intradialitici, fra incremento ponderale fisiologico e regolazione dell'ultrafiltrazione. Gli Autori invitano pertanto a riconsiderare l'atteggiamento, spesso sfiduciato, di fronte alla dializzata che incorra in una G, inattesa o voluta, come nel caso di donne ai limiti dell'età riproduttiva che non vogliono attendere in media 5 anni prima di concepire (3 in lista attiva e 2 di buona funzionalità del *graft*).

Trapianto

Uno dei molti benefici del trapianto (Tx) è la ripresa di funzione dell'asse ipotalamo-gonadico, come dimostra il fatto che all'ormai 52-enne "primo nato" da donna ricevente un Tx rene si sono aggiunti migliaia di "fratelli". Un gruppo neozelandese (2) ha valutato 577 G in 381 trapiantate di rene negli ultimi 40 anni: è raddoppiata la percentuale di nati vivi, ormai 83%, e diminuita l'interruzione spontanea o volontaria della G, mentre non si è modificato l'outcome di sopravvivenza per donna e *graft*, probabilmente perché nei decenni scorsi le G più a rischio venivano interrotte. Al confronto con trapiantate nullipare, nelle puerpere non si osserva un incremento significativo di perdita del Tx a 20 anni. Curiosamente il tasso di fertilità dopo Tx eguaglia quello della popolazione generale, anche nel suo *trend* in riduzione: il Tx dunque riavvicina non solo il singolo all'individuo sano ma anche il gruppo alla popolazione di appartenenza. Inoltre fra le G dopo Tx di organo solido, quelle dopo Tx di rene sono al primo posto per numerosità e per percentuale di preeclampsia, ma esitano nell'80% in nati vivi e solo nel 5% nella perdita del *graft*, al pari di fegato e cuore ma di gran lunga meglio del polmone e del pancreas (3).

Donazione di rene

Poiché circa il 60% delle donazioni (D) di rene avviene da parte di donne in età fertile, la questione dell'*outcome* gestazionale nelle donatrici è rilevante. Un recente lavoro (4) ha confrontato 620 pre-D vs 106 post-D G, riscontrando in queste ultime una maggiore incidenza di preeclampsia e aprendo dunque il dibattito sulla liceità di candidare alla D una giovane donna che desideri diventare madre. Invece un più ampio lavoro (5) su 3213 G (2519 pre-D, 317 post-D, 377 pre/post) dal 1963 al 2007 ha in parte confermato che le G post-D, rispetto a quelle pre-D, sono gravate da una maggiore percentuale di diabete (2.7 vs 0.7%), ipertensione (5.7 vs 0.6%) e preeclampsia (5.5 vs 0.8%), percentuale tuttavia sovrapponibile a quella della popolazione generale. Sono dunque le G pre-D ad essere meno rischiose per un *bias* di selezione: la donna con anamnesi di preeclampsia non è candidabile alla D. Ciò dimostra che la donazione di rene, se avvenuta in condizioni scientificamente corrette, è compatibile con una vita "normale" anche dal punto di vista della riproduttività.

Vista la rilevanza sociale della questione, sarebbe auspicabile infine istituire all'interno del Registro Italiano di Dialisi e Trapianto una sezione riguardante le gravidanze, come già avviene per il Registro Europeo, Inglese ed Americano.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI: L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Piccoli GB, Conijn A, Consiglio V, et al. Pregnancy in dialysis patients: is the evidence strong enough to lead us to change our counseling policy? Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 62-71.
2. Levidiotis V, Chang S, McDonald S. Pregnancy and maternal outcomes among kidney transplant recipients. J Am Soc Nephrol 2009; 20: 2433-40.
3. McKay DB, Josephson MA. Pregnancy in recipients of solid organs—effects on mother and child. N Engl J Med 2006; 354: 1281-93.
4. Reisaeter AV, Røislien J, Henriksen T, Irgens LM, Hartmann A. Pregnancy and birth after kidney donation: the Norwegian experience. Am J transplant 2009; 9: 820-4.
5. Ibrahim HN, Akkina SK, Leister E, et al. Pregnancy outcomes after kidney donation. Am J Transplant 2009; 9: 825-34.