

IL TRAPIANTO RENALE NEL PAZIENTE AFFETTO DA NEFROPATIA POLICISTICA: INDICAZIONE E TEMPISTICA DELLA NEFRECTOMIA. ESPERIENZA DEL CENTRO TRAPIANTI RENALI DI TORINO DAL 1999 AL 2005

F. Lasaponara, F. Varvello, F. Neve Vigotti, M. Paradiso, F. Morabito, M. Efreem Graziano, M. Messina*,*

G. P. Segoloni, U. Ferrando*

S.C. Urologia 3 (Direttore U. Ferrando), A.S.O. S. Giovanni Battista Molinette di Torino

**S.C.U. Nefrologia, Dialisi e Trapianto (Direttore G. P. Segoloni), A.S.O. S. Giovanni Battista Molinette di Torino*

Introduzione

L'Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD), o malattia policistica renale autosomica dominante, è la patologia renale geneticamente determinata più frequente, ed una delle cause più comuni di insufficienza renale cronica terminale nel paziente candidato a trapianto renale.

È evidente da numerosi studi il fatto che i pazienti affetti da nefropatia policistica siano ottimi candidati al trapianto, in termini di sopravvivenza globale del paziente e del rene, nonostante essi siano più anziani rispetto agli altri al momento dell'inizio del trattamento dialitico. La questione maggiormente dibattuta in questo gruppo di pazienti è invece da sempre l'indicazione all'effettuazione della nefrectomia dei reni nativi, la tempistica relativa a tale intervento (prima o dopo il trapianto), e quale impatto un atteggiamento terapeutico piuttosto che un altro possa avere sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita del paziente.

Pazienti e metodi

In questo studio è stata analizzata retrospettivamente la casistica del Centro Trapianti Renali dell'Ospedale S. Giovanni Battista di Torino nel periodo gennaio 1999-dicembre 2005. In tale periodo sono stati trapiantati 88 pazienti affetti da ADPKD, ovvero il 12% dei 730 trapianti effettuati.

Risultati

Il 52,3% di questi pazienti è stato sottoposto a nefrectomia: essa è stata effettuata prima del trapianto nel 91,4% dei casi, mentre è stato necessario effettuarla dopo nel 4,3%. Inoltre il 4,3% di pazienti ha effettuato una nefrectomia prima e l'altra dopo l'intervento di trapianto.

Nel 60,8% la nefrectomia è stata effettuata nell'ottica pre-trapianto di creare spazio utile per l'alloggiamento del rene; la causa è stata invece l'insorgenza di ematuria nel 39,1%, di dolore nel 30,4%, di stato settico o infezione recidivante delle vie urinarie nel 17,4%. Queste ultime cause, responsabili delle nefrectomie post-trapianto e in alcuni casi anche di quelle pre, si sono verificate frequentemente combinate tra loro. Tutti gli interventi di nefrectomia sono stati effettuati in elezione; in nessun caso è stata necessaria una nefrectomia d'urgenza. L'esame istologico del rene asportato non ha evidenziato in nessun caso la presenza di neoplasia. A Gennaio 2006, alla conclusione del follow up, il 93,2% dei reni trapiantati era funzionante, con un valore medio di creatinemia di 1,4 mg/ml. Degli 88 pazienti considerati, 2 (pari al 2,3%) sono deceduti e 4 (il 4,6%) sono rientrati in dialisi; le cause relative ai decessi e ai rientri in dialisi non sono correlate in nessuno dei casi con la presenza di reni nativi policistici o con l'intervento di nefrectomia.

Conclusioni

Dalla nostra esperienza si evince come la nefrectomia pre-trapianto sia una procedura da praticare nel paziente affetto da ADPKD in casi selezionati e non routinariamente, visti gli ottimi risultati del trapianto renale anche in pazienti non nefrectomizzati; è tuttavia importante monitorizzare nel tempo questi pazienti, per evidenziare tempestivamente eventuali complicanze che possono rendere necessaria una nefrectomia post-trapianto. Occorre ricordare comunque che i pazienti affetti da ADPKD possono andare incontro a complicanze relative ai propri reni nativi non solo nei primi anni dopo il trapianto, ma anche a distanza; per tale motivo un follow up più lungo potrebbe essere utile per avere un quadro più completo e preciso del problema.

Parole chiave: rene policistico, nefrectomia, trapianto renale