

Um centro de referência para o transplante renal, rim mais pâncreas e doação renal

O Centro de Referência de Transplante do Rim em Adultos responde aos mais exigentes critérios de qualidade, nacional e internacional, para os quais está devidamente certificado. Dr. António Castro Henriques é médico especialista em Nefrologia e responsável pelo Programa de Transplante Renal do CHP, nomeado Centro de Referência em 2016.



O Programa de Transplante Renal do Hospital de Santo António (HSA) - Centro Hospitalar do Porto (CHP), criado em 1983, efetuou ao longo destes 33 anos de história cerca de 2700 transplantes renais.

Durante os primeiros anos eram realizados apenas transplantes a partir de rim de cadáver, há cerca de 29 anos procedeu-se ao primeiro transplante de dador vivo. Em 2000, avançou-se para o transplante duplo de rim e pâncreas. Este percurso foi concretizado através do esforço de vários elementos da equipa que procuraram formação além-fronteiras, nomeadamente em Inglaterra, nos EUA (Minneapolis), país onde se iniciou a transplantação pancreática, e em Barcelona.

O transplante renal assenta num trabalho multidisciplinar que envolve várias especialidades. O Centro de Referência de Transplante Renal do Adulto do CHP diferencia-se pela constituição de duas equipas de cirurgiões - cirurgiões vasculares e urologistas. A existência desta equipa, que integra cirurgiões vasculares com elevado "skill" em cirurgia de pequenos vasos, e urologistas especialistas na colheita laparoscópica apresenta-se vantajosa na abordagem a estes transplantes com complexidade vascular, sendo uma das razões do êxito da atividade praticada neste Centro.

Neste momento, a equipa incorpora quatro médicas doutoradas, uma nutricionista doutorada e especializada na investigação do transplante

e da nutrição dos doentes insuficientes renais ou transplantados, estando mais três profissionais em processo de doutoramento. Integrado no ICBAS, na Unidade de Investigação UMIB, apresenta produção científica significativa com mais de 200 trabalhos publicados em revistas internacionais.

Atualmente, o HSA tem uma lista de espera que ronda os 600 pacientes, tendo sido efetuados, em 2016, 116 transplantes. Segundo o Dr. Castro Henriques, "a lista de espera não tem aumentado, mas tem-se mantido em número altos face ao alargamento dos critérios para transplante, que contemplam agora indivíduos de uma faixa etária superior ou com mais comorbilidades.

Quando um doente se aproxima da fase de insuficiência renal avançada, tem três caminhos possíveis: transplante de dador vivo ou cadáver, hemodiálise e diálise peritoneal.

Os critérios de seleção do recetor de rim cadáver estão previstos por lei. A saber: tempo de espera em diálise, idade (crianças têm prioridade), avaliação de histocompatibilidade (semelhança entre os genes do dador e recetor), diferenças de idade entre dador e recetor. Os designados de super urgentes, doentes com indicação para transplante que não podem fazer hemodiálise, nem diálise peritoneal, têm prioridade.

Os tempos de espera para transplante rondam no Grupo O ronda os sete anos, no Grupo A três a cinco anos, e nos Grupos AB e B, habitualmente, cerca de um ano. Para os doentes hipersensibilizados, doentes com anticorpos, no HSA é possível, recorrendo a métodos de dessensibilização, diminuir ou anular os anticorpos. Também com dessensibilização é possível o transplante em certos doentes com grupo sanguíneo in-

compatível. "Já fizemos quatro transplantes deste tipo nos últimos dois anos com sucesso", revela.

Com fácil acesso à consulta, muitos dos utentes são encaminhados pelos seus médicos ou técnicos de Saúde, não sendo raros os casos de doentes que tomam a iniciativa de entrar em contacto com o Hospital. Assim são vários os locais de origem dos doentes, dentro e fora de portas (principalmente direcionados para o Transplante Rim/Pâncreas).

"O transplante permite reabilitar para uma vida normal", é evidente que a toma dos fármacos, a vigilância a par da manutenção de uma vida saudável são fatores indispensáveis. Nos EUA calcula-se que 18% dos rins que se perdem acontecem em pessoas que não aderem à medicação. Dr. Castro Henriques realça ainda assim que, em Portugal, a problemática da adesão à terapêutica se coloca principalmente entre as faixas etárias mais jovens. Se nos primórdios do Programa a rejeição aguda era elevada, hoje a percentagem reduz-se aos 10% ao ano. No entanto, acentua-se a rejeição crónica devido, em muitos doentes, ao incumprimento parcial da terapêutica. A rejeição crónica não tem tratamento atualmente, daí ser fundamental a vigilância e a toma correta da medicação. Como imunossuprimidos os doentes transplantados têm associadas algumas complicações como o maior risco de infeção, neoplasia e risco cardiovascular. É por isso importante a manutenção de uma vida saudável e sem hábitos tabágicos.

Leonídio Dias, nefrologista, é o responsável pelas consultas de dador vivo no âmbito do Centro de Referência de Transplante Renal do Adulto do CHP. Nesta consulta, o médico avaliador nunca participa na ava-

liação ou tratamento do doente que vai receber o rim, para que os problemas do recetor não interferiram na avaliação do dador.

A ação do médico que faz a avaliação do dador vivo é também de coordenação das diversas consultas que intervêm na avaliação cirúrgica (Urologia/Cirurgia Vasculiar, Psiquiatria/Psicologia e Nutrição).

Após esta avaliação entra em ação a EVA - Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante, que é representada por um profissional que, não pertencendo à equipa de transplante, certifica-se se a pessoa está devidamente esclarecida e estudada.

“Às vezes ocorrem surpresas neste caminho, vem-se a descobrir patologias e a pessoa não pode seguir para o ato de doação, sendo encaminhada para o tratamento das patologias que entretanto foram descobertas”, esclarece o especialista, Leonídio Dias.

Compete também a este profissional um papel crucial no esclarecimento sobre os potenciais riscos que os dadores vivos podem vir a ter. “A intervenção cirúrgica não é isenta do risco de morte, que ronda os 0,03% (3 por 1000 casos). Após a doação os dadores mantêm-se numa consulta anual de seguimento onde é vigiada a função renal e são detetados eventuais problemas que possam surgir.

Se comumente pensamos que os dadores vivos têm que ter uma relação direta com o doente, convém esclarecer que existem formas previstas na lei portuguesa que permitem que tal não aconteça. Falamos do Transplante Renal Cruzado. Para que tal ocorra é necessário, a título de exemplo, que um par de irmãos incompatíveis avaliados num hospital, e outro par incompatível avaliado noutra unidade hospitalar, perante uma “permuta” de órgãos gerem dois pares compatíveis. Neste caso a lei prevê a confidencialidade, as colheitas são feitas simultaneamente e os pares não se devem conhecer. A colheita é direcionada para um desconhecido, mas beneficia um parente ou



uma pessoa com vínculos de proximidade (marido e mulher).

Nestes casos é necessária a inscrição no Programa Nacional de Transplante Nacional Cruzado e quanto maior for o número de pessoas incompatíveis (por incompatibilidade do grupo de sangue ABO ou a chamada incompatibilidade HLA, ou seja, a existência de anticorpos diretamente dirigidos contra os tecidos do potencial dador) mais eficaz e mais ágil é o encontro de dadores compatíveis. Um conjunto de 100 pares incompatíveis no transplante renal cruzado pode alcançar uma eficácia de 40%. Nem todas as pessoas que entram no Programa têm garantia de ser transplantadas, mas as suas hipóteses aumentam. Com vista à intensificação do grau de sucesso é necessário aumentar o número de pares ativos no programa (atualmente cerca de 20) e ponderar a cooperação com o programa espanhol o que permitiria um conjunto superior a 100 pares.

Em relação à técnica cirúrgica, as últimas 120 nefrectomias foram feitas por via laparoscópica o que para além de reduzir o tempo de internamento do dador para dois/três dias permite um melhor controle da dor pós-operatória, bem como um retorno mais precoce à atividade laboral e um melhor resultado estético.

O Programa de Transplante de Dador Vivo, alicerçado na experiência adquirida com protocolos de desen-

sibilização em doentes hipersensibilizados à espera de um transplante de cadáver, com a colaboração imprescindível do IPST Norte, oferece ainda a possibilidade de transplante com rim de dador vivo com incompatibilidade ABO ou que possuam anticorpos anti-HLA (contra os tecidos do dador).

O transplante de dador vivo não deve impedir que o transplante com rim de cadáver se desenvolva procurando atingir o seu máximo potencial.

Em relação ao dador cadáver os órgãos provenientes de morte por trauma, felizmente, têm diminuído, sendo atualmente as colheitas feitas em dadores com causas médicas de

morte (acidentes vasculares cerebrais, por exemplo).

Hoje o avanço da técnica permite que se realize a colheita de órgão com dador por paragem cardíaca. Este tipo de intervenção, iniciada no H. S. João, implica o recurso ao ECMO (equipamento que garante a circulação sanguínea extra corporal) cujo CHP já tem adjudicado, prevenindo-se, a breve trecho, o início da aplicação dessa técnica.

Sistema da descentralização das consultas

Há quatro anos foi constituída uma comissão para a descentralização das consultas de transplantados, foram elaborados documentos, aguarda-se a sua concretização, para que os doentes sejam seguidos pelos Serviços de Nefrologia da sua área de residência, com apoio das unidades centrais. Destaca-se com grande apreço o trabalho efetuado pelos profissionais que encabeçam a consulta de pós-transplante do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real), com mais de 20 anos, ilhas e em Castelo Branco. “O sistema da descentralização das consultas é urgente. Temos que olhar pelo supremo interesse do doente e minimizar o transtorno de inúmeras deslocações, incentivando também uma prática clínica de proximidade”.



Contactos:

Fax Unidade de Transplante: 222033189
 anapazevedo.gestaodoentes@chporto.min-saude.pt
 secretariado.transplantacao@hgsa.min-saude.pt
 lm.chporto@gmail.com