

Transplante do Pâncreas, ação agregadora de conhecimentos múltiplos

São dois os Centros de Referência de Transplante do Pâncreas existentes no país. No Hospital de Santo António - Centro Hospitalar do Porto (CHP) está sediado o mais antigo, criado em 2000, por iniciativa do médico cirurgião Manuel Teixeira. Hoje com cerca de 210 transplantes efetuados, José Davide, atual diretor do Programa de Transplantação Pancreática, enaltece o trabalho ali desenvolvido.



O Programa de Transplantação Pancreática do CHP engloba quer o ato da transplantação quer todo o processo de pré e pós cirurgia. O Programa reúne uma equipa de profissionais que conjuga um vasto grupo de especialistas envolvidos na problemática da transplantação. No grupo dos cirurgiões, José Davide não deixa de recordar nomes que “fizeram ou continuam a fazer parte da sua história e que nunca devem ser esquecidos, como o Dr. Mário Caetano Pereira, o Dr. Manuel Teixeira, o Dr. Rui Almeida, o Dr. Jorge Daniel, a Dr.ª Donzília Sousa Silva, o Dr. Paulo Soares, o Dr. António Canha e o Dr. Vítor Simões”. A Cirurgia Vascular e a Urologia, duas equipas de cirurgiões que marcam a sua presença no ato da transplantação do rim, procedimento frequentemente simultâneo ao Transplante de Pâncreas, completam o Programa de Transplante de Rim, dirigido pelo nefrologista Castro Henriques. Todos os casos propostos para transplantação são referidos à Nefrologia, sendo simultaneamente equacionados por Oftalmologia, Endocrinologia, Cardiologia, Medicina Intensiva, Infeciologia, Radiologia, Anatomia Patológica, Imuno-hemoterapia, Psicologia, Psiquiatria, Nutrição, entre outros, assim como por uma equipa de Anestesiologia dedicada, “encabeçada pelo Dr. Simão Esteves”. O Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação age sob a égide da enfermeira Rosário Caetano Pereira, sendo central em todo este processo. “Uma equipa multidisciplinar que trabalha em prol do sucesso da intervenção e do bem-estar do doente”, salienta o cirurgião geral.

O primeiro transplante pancreático realizado aconteceu na Universidade de Minnesota, nos EUA, em 1966.

“ Uma equipa multidisciplinar que trabalha em prol do sucesso da intervenção e do bem-estar do doente.”

Cinco décadas passadas, o nosso entrevistado realça que “as mudanças de estratégia, nomeadamente na Anestesiologia, na Cirurgia e na Imunossupressão, transformaram completamente os atos de transplante de todos os órgãos sólidos”.

O transplante do pâncreas deve ser entendido numa conjuntura muito específica. Primeiramente, na maioria das vezes, “este programa não está isolado de outros programas de colheita e transplante de órgãos sólidos, essencialmente, o renal e o hepático”, sendo, por isso, o conjunto de profissionais que compõe a equipa do Programa de Transplantação do Pâncreas do CHP composta por cirurgiões partilhados com o Programa de Transplantação Hepática e da Colheita Multiorgânica.

Em segundo lugar, é necessário entender que o transplante do pâncreas não é, como os demais – fígado, pulmão ou coração, por exemplo – uma intervenção que salva, primariamente, vidas, sendo expectável a melhoria da qualidade de vida do ser humano e das complicações da diabetes que, secundariamente, permitem um benefício sobre a sobrevivência do doente.

Na sua grande maioria o transplante é realizado em doentes diabéticos do tipo I, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos, que desde jovens convivem com a doença e, a meio da vida, têm já um conjunto de órgãos afetados pela mesma. “Quando os doentes são propostos para transplante de pâncreas, maioritaria-



mente, o rim encontra-se próximo do fim da sua função ou está já em terapêutica de substituição (diálise), por sequelas da diabetes ao longo da vida”, explica José Davide. É neste grupo que o transplante do pâncreas tem indicação premente e onde está comprovado que a qualidade de vida do doente melhora exponencialmente, acrescentando anos de vida, quando comparado com outro indivíduo que, com as mesmas deficiências, não é transplantado. A maioria destes casos quando referenciados à Unidade tem já um conjunto de órgãos afetados pela diabetes – o rim, o olho, o aparelho cardiovascular, o sistema nervoso, etc. – e, por isso, é previsível que no espaço de uma década uma grande maioria venha a falecer, mesmo estando a fazer terapêuticas de substituição (insulina e diálise). “É nestes casos que o transplante altera a história natural da doença, ao permitir que, pelo menos, cerca de 70% destes doentes vivam mais 10 anos com qualidade de vida, usufruindo dela da mesma forma que uma pessoa saudável, sem nenhum tipo de limitação que não seja uma nova doença, isto é, ser um doente transplantado”, elucida-nos o diretor do Programa. Naturalmente, falamos de “uma doença nova” inerente a um conjunto de cuidados que o doente transplantado terá que cumprir e para os quais é alertado em pré-transplante, nomeadamente na convicção em

“ Só quando os doentes nos falamos percebemos a importância que este ato cirúrgico tem na sua vida.”

relação ao procedimento, aos riscos que ele acarreta e às necessidades objetivas que ele vai impor em termos de medicação e vigilância dos vários aparelhos e sistemas que constituem o organismo ao longo da sua vida. Portanto, falamos em “trocar” a diabetes e a insuficiência renal e todas as suas consequências, por uma doença que é o transplante, fazendo uma medicação que lhe diminui as defesas orgânicas e que, portanto, possui consequências, embora manifestamente justificadas face à qualidade de vida que confere.



Processo de rejeição

A rejeição é um processo que está relacionado com a vigilância continuada que o nosso organismo mantém estando entregue a células muito específicas que controlam a entrada ou a presença de agentes estranhos ao nosso organismo. “O órgão que colocamos no ser humano pertence a outro ser humano e nunca será igual ao que vai substituir. É parecido. Esta potencial semelhança é avaliada no sentido de o potencial recetor ser o mais próximo possível, em termos imunológicos, do órgão que vai receber, explica José Davide. Esta ação “é feita em consulta pré-transplante, quando o dador já é conhecido e onde, habitualmente, são estudados marcadores celulares, como o grupo sanguíneo, entre outros muito específicos responsáveis pelo reconhecimento das células do ser humano, nomeadamente os grupos HLA. O rim e o pâncreas são órgãos

que necessitam deste tipo de tipagem ao contrário, por exemplo, do fígado cuja única compatibilidade necessária se prende com o grupo sanguíneo. Daí se entende que um órgão com tamanha complexidade em termos imunológicos tenha maior propensão a, em determinada altura, ser rejeitado agudamente ou cronicamente. O que é facto, com a desenvoltura verificada nos últimos anos em termos farmacológicos, a rejeição que outrora se colocava em valores muito altos, hoje deixou de ter o impacto que tinha no passado, sendo o controlo da rejeição atualmente muito mais eficaz. A grande maioria dos doentes transplantados faz um esquema de imunossupressão que possui quatro tipos de imunossuppressores diferentes para possibilitar a redução da rejeição com grande eficácia no presente. Os corticoides, os imunossuppressores e os anticorpos específicos utilizados conseguem uma eficácia que na grande maioria dos Centros de Referência atinge uma sobrevivência situada nos 70% aos 10 anos, para recetor e enxerto”.

O facto de existirem em Portugal dois Centros de Transplantação “que completam cerca de 30 transplantes por ano” está apenas parcialmente de acordo com as necessidades impostas para a dimensão do país. A complexidade deste transplante



prende-se com especificidades exigidas: os dadores, idealmente, deverão ter menos de 45 anos de idade, algo cada vez mais raro e menos provável no presente. José Davide salienta que “esta vivência resultou numa estratégia, não só portuguesa, mas europeia e mundial, de alargar a procura de potenciais dadores, designados de ‘dadores com critérios expandidos’, com idades até aos 50 anos, ou mesmo um pouco mais, tentando aumentar o pool de enxertos, de forma a responder em pleno às necessidades vividas no presente.

Sinalizado um potencial dador, é estudado em termos de compatibilidade e comparado com os potenciais recetores inscritos na lista de espera dos dois Centros de Referência nacionais. “Este estudo demora entre duas horas e meia a quatro horas a ser divulgado, sendo depois os recetores aptos (sem qualquer contra indicação temporária ou intercorrência no momento) convocados com base na proximidade imunológica e antiguidade na lista de espera”. Falamos num limite de 16/18 horas de tolerância de espera do pâncreas, consideravelmente superior ao coração que tem o limite de 4 horas de espera ou o fígado que resiste idealmente, no máximo, 12 horas.

“A maioria dos doentes não é alvo de intercorrências graves durante a intervenção cirúrgica. Após o trans-



plante, passam um período de 24 horas na Unidade de Cuidados Intensivos ou Intermédios. Cerca de 10% sofrem complicações durante o internamento que podem ser inerentes ao próprio órgão (rejeição, hemorragia, infeção, etc.), mas na sua grande maioria a mortalidade intrínseca a este procedimento aproxima-se do zero”, esclarece o especialista.

Não sendo “life saving” este procedimento pretende conferir maior qualidade de vida e aumentar a sobrevivência do ser humano sendo por isso um ato cirúrgico que não pode e não se compadece com a

“ Não sendo ‘life saving’ este procedimento pretende conferir maior qualidade de vida e aumentar a sobrevivência do ser humano.”

Investigação

O vetor I&D (Investigação e Desenvolvimento) é uma temática indissociável do setor da Saúde, tanto mais em Hospitais Universitários como é o caso do CHP, porém as contingências orçamentais que o nosso país atravessa têm-se manifestado de forma severa ao longo do tempo. O Programa de Transplantação Pancreática do CHP gerou já dois doutoramentos, vários mestrados, a par de uma série de publicações internacionais. A parceria entre o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e o CHP tem gerado um vasto repositório científico. Nesse sentido, revela José Davide, “o Programa de Transplantação Pancreática tem em perspectiva um projeto que se foca no transplante de ilhotas pancreáticas que não conseguiu ainda implementar”. Com um tipo de identificação muito específico, diferente do transplante “normal”, este projeto nasceu por iniciativa da Dr.^a Donzília Sousa Silva que, “na fase inicial do Programa de Transplantação Pancreática, estagiou no Brasil, numa Unidade de Transplantes que apresentava, na época, resultados de excelência. Aí recolheu todas as informações no projeto que apresentou à nossa Unidade Hospitalar e que ainda hoje não conseguimos colocar em prática. Trata-se de um tipo de transplante muito específico, direcionado para um novo público, seja o doente com diabetes tipo II ou o indivíduo cujo pâncreas transplantado falhou por rejeição ou outra causa e já não tem idade ou condições que lhe permitam voltar a ser candidato a transplantação de órgão sólido”, manifesta.

mortalidade da cirurgia. “A intervenção implica um internamento de cerca de duas semanas após o transplante de modo a que se acerte as doses dos imunossuppressores, debile processos infecciosos e complicações do próprio órgão como a inflamação – pancreatite, e se otimize a função dos dois órgãos transplantados (em caso de transplante simultâneo). Fimdo esse período os doentes têm alta, completamente autónomos da terapêutica de substituição (diálise) e sem necessidade de insulina. Na sua grande maioria, ao fim de seis meses, assumem, com qualidade de vida extremamente superior, as suas atividades. Algumas das complicações impostas pela diabetes podem regredir após transplante, enquanto outras não sofrem progressão. “Só quando os doentes nos falam percebemos a importância que este ato cirúrgico tem na sua vida”, observa o nosso entrevistado.

