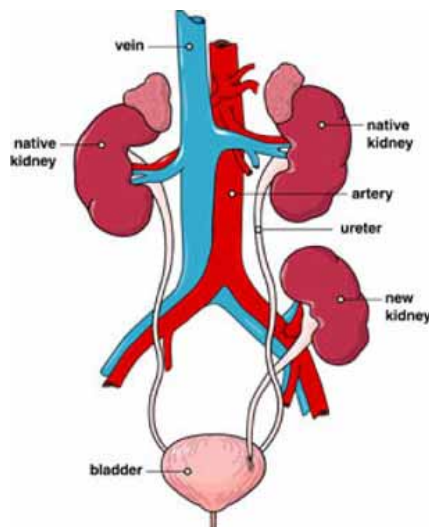


Zařazení nemocného do čekací listiny na transplantaci ledviny: malignity



Štefan V í t k o

Institut for Clinical & Experimental Medicine, Prague, Czech Republic

stvi@medicon.cz

Symposium České transplantační společnosti

„Zařazování nemocných do čekací listiny k transplantaci ledviny“, Autoklub Praha 1, 26. října 2005

Kazuistika M.K., 1943

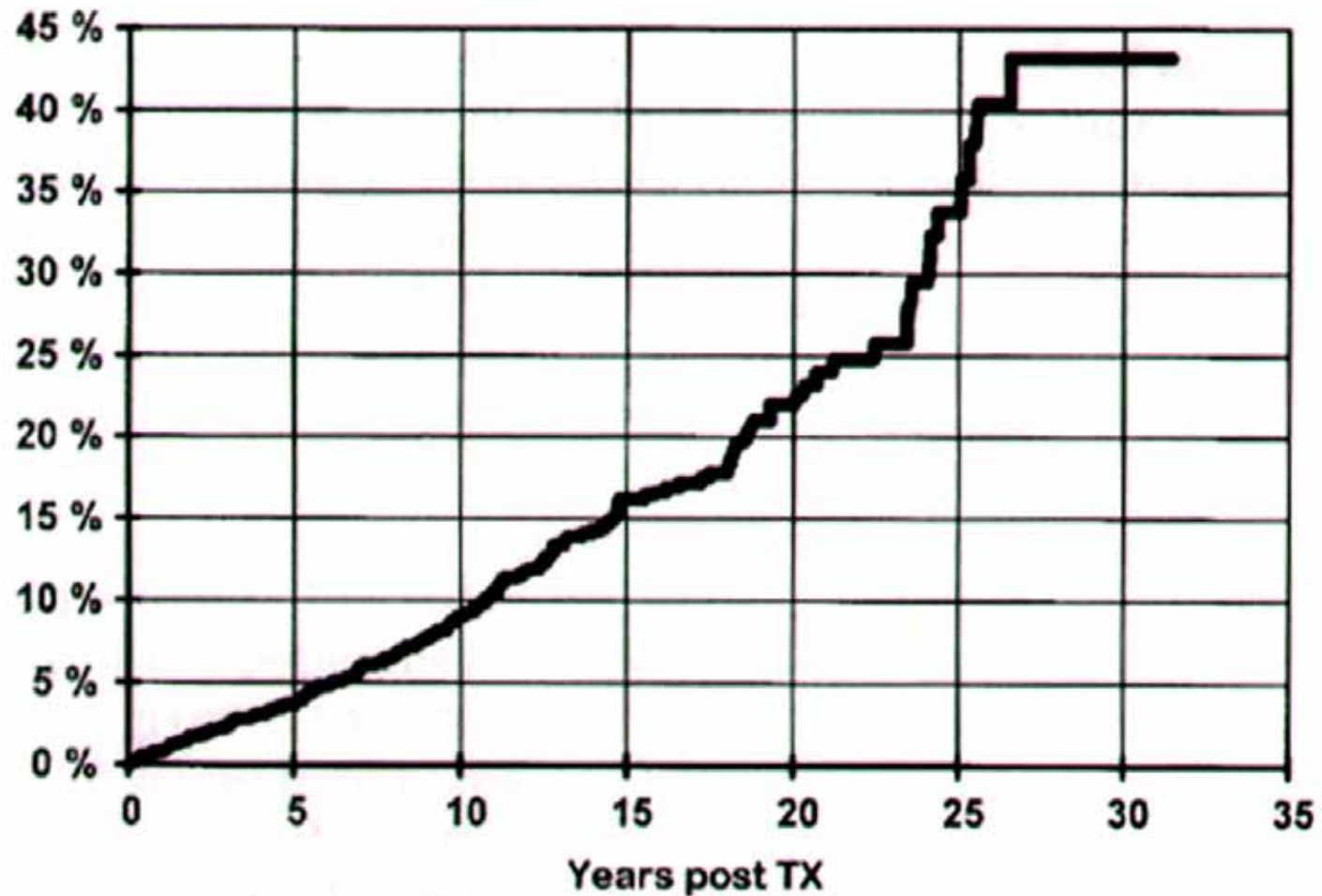
- IV/1989 nefrektomie l.sin. pro Grawitzův tumor
- 25.VIII.1999 nefrektomie l.dx. (histol.: mnohočetné ca ledviny z jasných buněk)
- VIII/1999 zahájení pravidelné dialýzy
- IX/2002 CT vyšetření ledvin bez nálezu
- IX/2002 gamagrafie skeletu – bez příznačného nálezu
- 14.4.2003 zařazena do čekací listiny na transplantaci ledviny
- 2.5.2003 transplantace kadaverózní ledviny (1A,1B,2Dr, 10/10% PRA)
 - nekomplikovaný průběh, okamžitý rozvoj fce štěpu,
 - IS: Prednison, Prograf, CellCept, D1/P- po 13 dnech propuštěna se
 - S-kreatinin 90 μmol/l
 - III/2005 – maligní tumor pankreatu a jater

První popisy malignit

- Doak PB, Montgomerie JL, North JDK, Smith F.: Reticulum cell sarkoma after renal homotransplantation. *Br Med J* 1968; 4, 746- 748
- Penn I., Hammond W, Bretschneider L, Starzl TE: Malignant lymphomas in transplantation patients. *Transpl Proc* 1969; 1, 106- 112

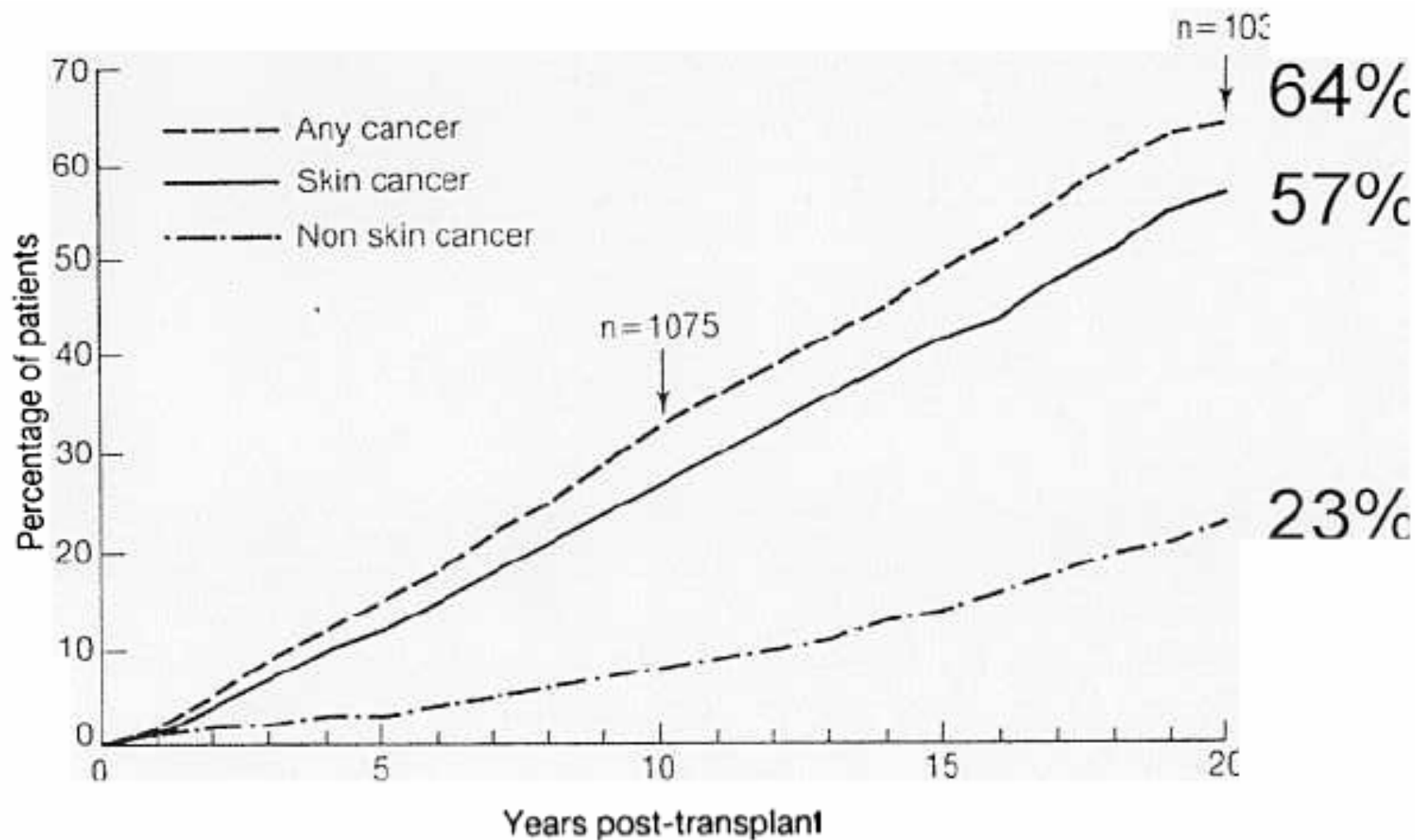
Celková incidence karcinomů

Finsko 1967-1997, n=2990

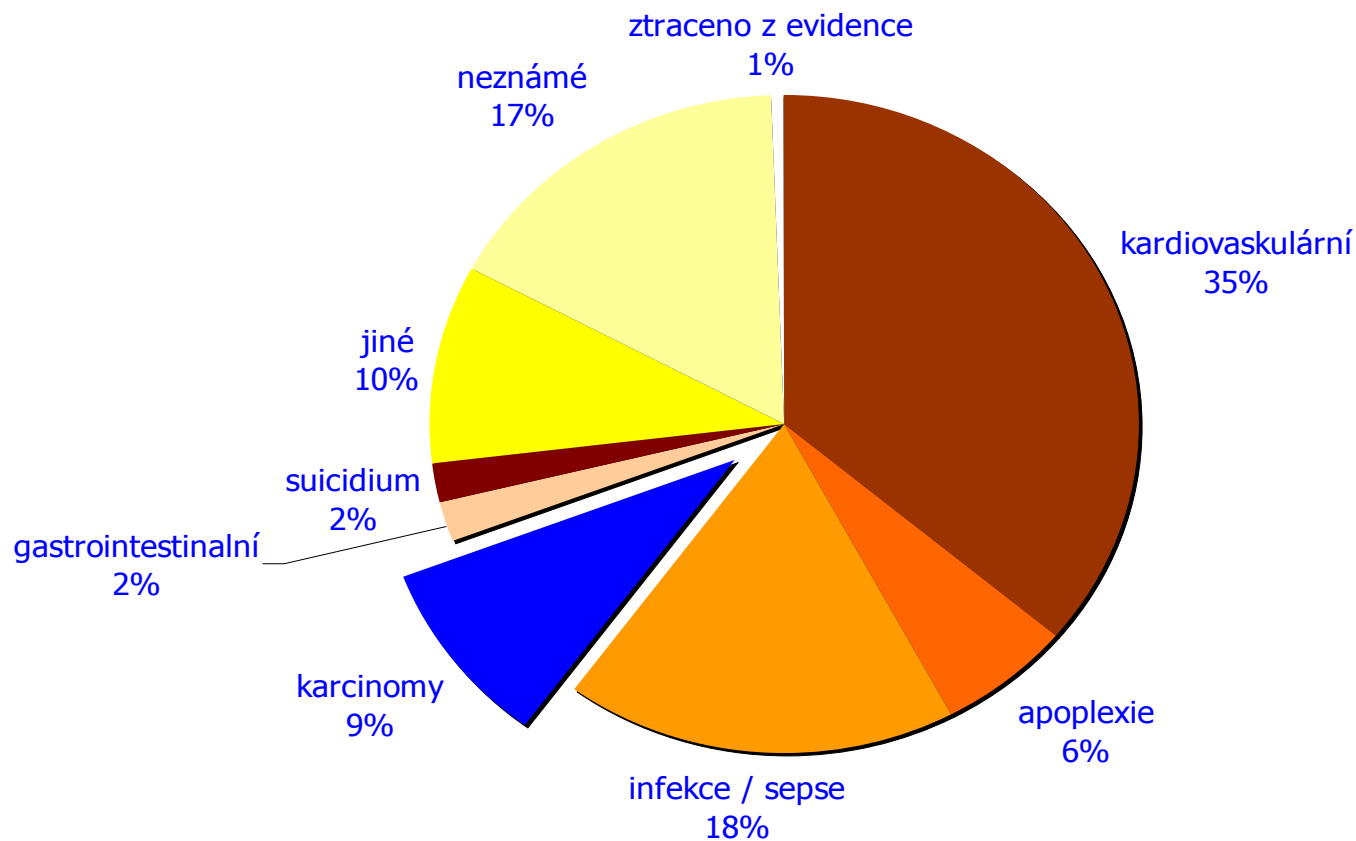


Přežívání nemocných po tpi s tumory

Sheil, AGR 1991, ANZTD



Příčiny smrti nemocných po transplantaci



Malignity po orgánových transplantacích

- ① Tumory diagnostikované a „vyléčené“ před transplantací (v době transplantace)
- ② Tumory přenesené z dárce
- ③ Tumory vzniklé po transplantaci *de novo*

Incidence tumoru po transplantaci

■ Závisí na:

- časovém odstupu od transplantace

Sheil, AGR.: Cancer in renal transplant recipients. in: Immunology of Renal Transplantation. A. Thomson, G.R.Catto eds., 1993

- věku příjemce

Brunner FP: Malignancies after renal transplantation: the EDTA-ERA registry. NDT 1995; 10:74-80

- geografické oblasti

- zdroji údajů

- Cincinnati Transplant Tumor Registry / Israel Penn Transplant Tumor Registry
- Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Association
- EDTA-ERA Registry
- monocentrické „studie“

Skrínink před transplantací

- Anamnéza a fyzikální vyšetření
 - Kouření
 - Předcházející imunosuprese
- Skrínink tumorů dle věku nemocného
 - Vyšetření malé pánve a pap stěry, vyšetření prsů
 - Mammografie (ženy >40 let, nebo s rodinnou anamnézou)
 - Vyšetření per rectum, stolice na okultní krvácení (kolorektální nad 50 let)
 - PSA (muži >50 let event. mladší s rodinnou anamnézou ca prostaty)
 - Vyšetření kůže
 - CT and/or US in acquired cysts / analgesic nephropathy

Rekurence tumorů ledvin

- malé (<5 cm) a náhodně zjištěné před transplantací - nerekurují, bez čekání
- rozsáhlé nebo přesahující hranice ledviny asi 30% rekurence, dvouletá čekací doby eliminuje 60% rekurencí
- karcinom vlastních ledvin in situ : AKCD při HD- tu v 1-2,5% Ishikawa, I:
Ten-year prospective study on the development of the renal cell carcinoma in dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1990; 16: 452-458
- Wilmsův tumor: 90% rekurence když <2 r. – mortalita 79%, když méně 1 r., plicní, nikoliv břišní meta!
- Deny-Drash syndrom – nutná bilaterální nefrektomie

Tumory urogenitálního traktu

Lokalizace	Stadium	Doporučení	Doba čekání (roky)
Prostata	T1a	TUR, PSA	1
	>T1a	Prostatektomie, PSA, scintigrafie	3-5
Měchýř/Ureter	Ta, T1	TUR, kontroly	2
	invasive	Nefrektomie + Uretherektomie	5
Ledviny RCC Wilms	incidentální	Nefrektomie	1
	symptomatický	Bilaterální nefrektomie	3-5
	dobrá prognóza špatná prognóza		2 3-5
Cervix/Děloha/ Ovaria	in-situ	Lokální léčba	1-2
	not in-situ		3-5
Varlata	T1,N0,M0	Orchiektomie	1-2
	>T1	Orchiektomie+iradiace	5

Souhrn - rekurence tumorů

Penn I.: Evaluation of transplant candidates with pre-existing malignancies. *Ann Transplant* 1998

Stupeň rekurence	Typ tumoru	Rekurence (%)
Nízký (1-7%)	Náhodný tumor ledvin	1
	Karcinom děložního těla	4
	Testikulární	5
	Ca děložního čípku	6
	Štítné žlázy	7
Střední (11-21%)	Hodgkin a Non-Hodgkin lymfomy	11
	Wilmsův tumor	13
	Ca prostaty	18
	Ca tlustého střeva	21
	Melanom	21
Vysoký (23 a více %)	Prsu	23
	Symptomatický ca ledviny	27
	Močového měchýře	29
	Sarkomy	17
	Kůže (ne melanom)	53
	Myelom	67

Souhrn – čekací doba před zařazením

- < 2 roky
 - Náhodný karcinom ledviny
 - Karcinom in situ
 - Malé fokální malignity
 - Karcinom močového měchýře nízkého stupně
 - Karcinom z bazálních buněk
- >2 roky
 - Maligní melanom
 - Karcinom prsu
 - Klorectální karcinom
 - Karcinom dělohy (vyjma ca in situ)

Závěr

- Pětiletý odstup mezi „vyléčením“ tumoru a transplantací sníží riziko rekurence u převážné většiny nemocných (87%)
- Dvouletá doba čekání na transplantaci (po vyléčení tumoru), eliminuje riziko rekurence asi u poloviny nemocných (53%)
- Údaje o rekurenci tumorů po transplantaci ledviny pochází z velkých registrů, které jsou jenom orientační. Proto je nezbytné posuzovat riziko rekurence u každého nemocného velmi pečlivě a vždy individuálně