

I perché di una nuova rubrica sul Trapianto renale

Marco Lombardi

Editor-in-Chief, Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche

Il paziente affetto da malattia renale cronica (MRC) ha spesso buone possibilità di vedere rallentata e talora stabilizzata la progressione della sua nefropatia. Tuttavia, nei casi in cui questa non è controllabile o, comunque, quando dopo anni di lenta progressione la MRC arriva allo stadio uremico, al paziente si apre uno scenario che prevede la sostituzione della funzione renale persa.

Ogni nefrologo, non solo quelli che operano nei cosiddetti ambulatori di predialisi, ha ben chiaro quale sia la graduatoria ideale per il tipo di sostituzione della funzione renale di quel paziente, tale da assicurargli insieme la migliore depurazione e la migliore qualità di vita. Una graduatoria che senza alcuna discussione mette al primo posto il trapianto renale, possibilmente “preemptive” (ovvero senza toccare alcun tipo di dialisi) e possibilmente da donatore vivente, altrimenti da donatore cadavere.

Ma si sa, la vita non sempre dà quel che si vuole. E allora, se come primo trattamento sostitutivo non fosse possibile il trapianto, la seconda scelta dovrebbe cadere sulla dialisi domiciliare, peritoneale (dialisi domiciliare per antonomasia) o almeno extracorporea. E solo nell'impossibilità delle alternative precedenti il nefrologo porrebbe il suo paziente in emodialisi ospedaliera. Ma, anche in questi casi, continuando a sperare per lui in un trapianto renale, da donatore vivente, da donatore deceduto, da scambio di donatori, finanche da donatore samaritano.

In altre parole, l'iter della sostituzione funzionale renale dovrebbe iniziare dal trapianto ed (in caso di complicanze) al trapianto comunque fare ritorno. Purtroppo, ancora oggi questo iter ideale si realizza per pochi ma ciò non deve scoraggiare il nefrologo a lavorare continuamente perché questo obiettivo possa essere raggiunto sempre più frequentemente.

Se la cultura del trapianto deve appartenere ad ogni operatore in nefrologia, ogni rivista scientifica di nefrologia non può esser definita tale se non tratta anche di trapianto renale. Nella mia veste di Guest Editor del Giornale, nei miei sforzi di migliorarne la qualità, stavo riflettendo da tempo su questi concetti quando, ad un corso sul Trapianto Renale, mi sono imbattuto in uno dei maestri della mia professione di nefrologo. Ha tenuto una lezione

su un argomento “difficile” che è però riuscito a rendere non solo facilmente comprensibile ma addirittura piacevole! Sappiamo tutti quanti che questa dote non è patrimonio comune e pertanto non potevo lasciarmi scappare un'occasione del genere.

E quindi eccoci qua! Con una nuova rubrica che tratterà nel tempo *i fondamentali del trapianto* e lo farà per tutti i lettori del Giornale con l'unico scopo e l'unica presunzione di far capire e rendere amichevole un argomento così complesso, articolato e profondo come quello del trapianto di rene.

Caro Prof., siamo tutti in attesa di essere presi per mano da te e condotti tra i meandri di questa scienza con semplicità e maestria come tu sai fare.

Al professore Maurizio Salvadori ho chiesto in questo primo numero di annuncio della Rubrica di unire alla mia banale motivazione del perché un giornale di nefrologia che voglia definirsi tale non possa non trattare il trapianto renale, la sua più profonda spiegazione del perché un nefrologo che voglia definirsi tale non possa ignorare questa parte così importante del suo sapere e della sua professione.

Maurizio Salvadori

Coordinatore della Rubrica I Fondamentali del Trapianto Renale,
Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche

È esperienza quotidiana, leggendo un articolo scientifico concernente il trapianto renale, trovare all'inizio dell'articolo espressioni tipo: “non c'è dubbio che il trapianto renale è la terapia ottimale per l'insufficienza renale terminale”. Questo tanto che ci si riferisca a persone anziane come giovani, per pazienti affetti da patologie infettive (vedi epatite C) che da pregresse neoplasie maligne, per pazienti con una attesa di vita prevedibilmente breve che lunga. Questo mantra non è

Corrispondenza:

Professore di Nefrologia, già Direttore di Nefrologia e Trapianto,
Azienda Ospedaliera Careggi, Viale Pieraccini 18, 50139 Firenze.
E-mail: maurizio.salvadori1@gmail.com

Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche
2018, Vol. 30(1) 66–67
© The Author(s) 2018
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0394936218766536
journals.sagepub.com/home/gtn



condivisibile o almeno non lo è sempre. E questo lo dico da persona che ha dedicato tutta la sua vita professionale alla nascita, ed allo sviluppo del trapianto renale.

Esistono sostanzialmente due terapie per l'insufficienza renale terminale: la dialisi (sia emodialisi che dialisi peritoneale) ed il trapianto di rene. Nella maggior parte dei casi è vero che il trapianto rappresenta la terapia ottimale, ma non sempre.

È sempre opportuno, quando si offrono nella vita due opzioni alternative, valutare con estrema attenzione e con la massima competenza possibile, i pro ed i contro di ognuna. Nel caso in questione le domande da porci sono:

Per la dialisi:

- a) Che tipo di dialisi siamo in grado di offrire
- b) Come è accettata dal paziente la dialisi stessa e quante limitazioni pone alla sua vita relazionale
- c) Quanto gravi sono le comorbidità legate alla dialisi per quel paziente

Per il trapianto:

- a) Che organo stiamo offrendo
- b) Quante controindicazioni assolute o relative esistono per quel determinato paziente (neoplasie

pregresse, condizioni di iperimmunizzazione difficilmente controllabili, patologie infettive, probabile recidiva della malattia renale e gravità della stessa)

Solo un accorto bilancio fra queste due opzioni può dirci quale è la terapia migliore per quel paziente. E gli attori di questo bilancio sono sì i medici, soprattutto nefrologi, ma anche i pazienti stessi che devono essere debitamente e completamente informati e gli infermieri che tanta parte hanno avuto nella lunga storia dell'insufficienza renale di quel paziente.

Dobbiamo in definitiva creare una rete trapiantologica, non come viene generalmente intesa fra centri trapianto, ma fra nefrologi ovunque essi operino, pazienti ed eventualmente associazioni di pazienti, infermieri addetti alla nefrologia o alla dialisi.

Questo è probabilmente lo scopo principale di questa nuova rubrica dove cercheremo di evidenziare una per una tutte le problematiche che il trapianto renale comporta, dal donatore, al ricevente, alle principali controindicazioni, alla patologia inerente al trapianto a breve ed a lungo termine, ai farmaci immunosoppressivi.

Se poi sarà possibile interagire fra gli scriventi ed i destinatari dello scritto, questo sarà il benvenuto.