

Úvod

Transplantácia obličky predstavuje metódu voľby liečby pacientov s terminálnym zlyhaním obliček, ktorá je spojená s dlhším prežitím pacientov a ponúka lepšiu kvalitu života v porovnaní s dialyzačnými metódami (1, 2). Štvrtou najpočetnejšou skupinou pacientov s chronickou chorobou obliček sú pacienti s ADPKD (3).

Pacienti po transplantácii môžu mať komplikácie, ktoré sú spojené s ich základnou chronickou chorobou obliček a môžu významne ovplyvniť dobre fungujúci štep a potransplantačný život pacienta. Preto je nutné pacienta pred transplantáciou dôsledne pripraviť (4).

Najčastejšími komplikáciami po transplantácii sú infekčné komplikácie, ktoré sú zároveň najčastejšou príčinou morbiditu po transplantácii obličky. Z nich uroinfekcie predstavujú najčastejšie infekcie po transplantácii obličky (5, 6, 7). Ich liečba býva problematická a výrazne finančne nákladná. Najčastejším pôvodcom uroinfekcií je *Escherichia coli* (8). Výskyt recidivujúcich uroinfekcií u celkovej populácie pacientov po transplantácii obličky sa v literatúre udáva okolo 7–14 % (9, 10, 11, 12). U pacientov s ADPKD je v rámci prípravy veľmi často diskutovanou otázkou aj nefrektómia (13, 14).

ADPKD je multisystémová choroba charakterizovaná početnými bilaterálnymi obličkovými cystami, asociovaná s cystami ďalších orgánov ako je pečeň, pankreas, pľúca, slezina, štítna žľaza a arachnoidea (13). Je to geneticky podmienené ochorenie spôsobené mutáciou v dvoch génoch. Touto chorobou je postihnutých 12,5 milióna ľudí na celom svete (15). Výskyt ADPKD sa udáva v rôznych populáciách okolo 1 : 200 až 1 : 1000 živonarodených detí (13, 16).

Asi tretina nositeľov mutácie zostáva po celý život asymptomatická a ďalšie dve tretiny postihnutých majú početné renálne a extrarenálne klinické príznaky, ktoré sa prejavujú v rôznom čase a v rôznej závažnosti. Veľmi častou komplikáciou ADPKD sú uroinfekcie. V prípade opakovaných recidív spôsobujú progresiu základného ochorenia.

Liečba ADPKD je komplexná vrátane liečby špecifických komplikácií. Konzervatívna terapia je vhodná s terapiou väčšiny obličkových ochorení. Liečba hypertenzie je jedným z najdôležitejších terapeutických opatrení. Od roku 2020 je na Slovensku registrovaná špecifická liečba tolvaptanom, ktorý spomaľuje rast cýst a rýchlú stratu funkcie obliček. Uvedený účinok liečby bol potvrdený v štúdií TEMPO 3:4, TEMPO 4:4 a REPRIS (17, 18, 19). Tolvaptan v priemere odďaľuje dobu terminálneho zlyhania obliček o 6,5 roka a dobu prežívania predlžuje o 2,6 roka. Najčastejšie nežiaduce účinky sú polydipsia, polyúria, nyktúria a hepatopatia (19). Pacienti s ADPKD vstupujú do dialyzačného programu v lepšej zdravotnej kondícii ako ostatní pacienti. Dôvodom tohto stavu je menej vyjadrená anémia pri vyššej produkcii erytropoetínu a nižšia komorbidity. Taktiež lepšie profitujú z dialýzy ako ostatní pacienti (13).

Transplantácia obličky u pacientov s ADPKD je spojená s dlhším prežitím pacientov v porovnaní s dialyzačnými metódami. Podľa dostupných dát nie je rozdiel medzi prežívaním štepu u pacientov s ADPKD v porovnaní s ostatnou populáciou transplantovaných pacientov (13). Literatúra uvádza rovnaký výskyt komplikácií vrátane infekcií po transplantácii obličky u pacientov s ADPKD v porovnaní s pacientmi bez ADPKD (13, 14). Stále prebiehajú diskusie ohľadne nefrektómie polycystických obliček pred transplantáciou. Potreba nefrektómie sa

zdôvodňuje nutnosťou vytvoriť dostatočný priestor pre štep, odstrániť existujúce alebo potenciálne ložisko infekcie vzhľadom na nevyhnutné užívanie imunosupresív, odstrániť zdroj opakovanej hematúrie a ako riešenie hypertenzie a nevládnuteľných bolestí.

Proti predtransplantačnej nefrektómii však existujú dôvody. Väčšina pacientov má aj v terminálnom štádiu dostatočnú diurézu, menej vyjadrenú anémiu a poruchu kalciovo-fosfátového metabolizmu a takisto je nezanedbateľné riziko operačného výkonu a pooperačným komplikácií (20).

Preto sa v poslednom čase väčšina odborníkov zhoduje na tom, že predtransplantačná nefrektómia nie je potrebná (13, 14, 20, 21). Zistilo sa, že po úspešnej transplantácii zvyčajne vymizne bolesť, hematúria a často sa zmenší aj veľkosť obliček (13). Momentálne je preferovaný názor, že obličky by sa nemali rutinne odstraňovať pred transplantáciou, pretože nefrektómia u pacientov s ADPKD je spojená s významnou morbiditou a mortalitou (15).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo zistiť výskyt recidivujúcich uroinfekcií u pacientov s ADPKD po transplantácii obličky oproti ostatným pacientom po transplantácii obličky a definovať rizikové faktory. Ďalej sme chceli zistiť vplyv nefrektómie na pretrvávajúce rIMC u pacientov s ADPKD. Snažili sme sa vyvodiť určité odporúčenia, ktoré by pomohli zlepšiť posttransplantačné obdobie u našich pacientov.

Materiál a metódy

Zhodnotili sme 320 pacientov transplantovaných v Transplantačnom centre Banská Bystrica od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2016. Spracovali sme údaje pacientov s ADPKD verus pacientov bez ADPKD, ktorí podstúpili transplantáciu obličky z hľadiska prítomnosti recidivujúcich uroinfekcií, pridružených komplikácií a nefrektómie. Pacienti boli zaradení podľa exklúzyvnych a inklúzyvnych kritérií a sledovaní v dĺžke 36 mesiacov. U pacientov sme zistili vek v čase transplantácie, pohlavie, výskyt rIMC, typ imunosupresívnej liečby, hodnotu kreatinínu na konci sledovanej doby, výskyt rejekcie v sledovanom období, prítomnosť DM v anamnéze (diabetes mellitus) a výskyt PTDM (posttransplantačný diabetes mellitus). Ďalej sme zistili dôvody nefrektómie u pacientov s ADPKD a jej vplyv na rIMC.

Inklúzyvne kritériá:

- vek pacienta 19 a viac rokov,
- dosiahnutie požadovanej dĺžky sledovania v trvaní 36 mesiacov,
- začiatok sledovania 3 mesiace po transplantácii, po odstránení double J stentu.
- Exklúzyvne kritériá:
- vek pacienta do 19 rokov,
- bilaterálna nefrektómia u ADPKD pacientov,
- úmrtie do ukončenia sledovaného obdobia 36 mesiacov (mimo uroinfekcie),
- strata štepu do ukončenia sledovaného obdobia 36 mesiacov (mimo uroinfekcie),