

2 Dobór dawców i koordynacja pobrania

ADAM CHEŁMOŃSKI

Ze względu na fakt, że transplantacja kończyny górnej (HTx) wiąże się z możliwymi niekorzystnymi konsekwencjami leczenia immunosupresyjnego, dla zachowania racjonalnej równowagi rachunku zysków i strat biorcy spodziewany efekt funkcjonalny i estetyczny zabiegu musi być bardzo dobry. Naturalnie, na wynik końcowy HTx składa się wiele czynników – właściwa technika operacyjna, leczenie immunosupresyjne, usprawnianie, troskliwa opieka medyczna i psychologiczna, współpraca z pacjentem, jednak podstawowym warunkiem powodzenia całej procedury jest właściwy i bardzo przemyślany dobór biorcy i dawcy.

Dobór dawcy i biorcy

Przy doborze dawcy i biorcy uwzględnia się kryteria: anatomiczne, immunologiczne, techniczno-rekonstrukcyjne i estetyczne.

Do czynników **anatomicznych** należy przybliżona zgodność w zakresie wieku, wzrostu, wymiarów kończyn oraz płci.

Do kryteriów **immunologicznych** istotnych przy doborze dawcy zalicza się:

- ▶ zgodność w zakresie głównej grupy krwi;
- ▶ ujemny wynik próby krzyżowej (*cross-match*);
- ▶ zgodność antygenów układu HLA (w praktyce przy nielicznych grupach dawców i biorców wysoki stopień zgodności jest rzadkością i stanowi raczej wyłącznie wartość rokowniczą).

Do głównych elementów oceny dawcy w kontekście kryteriów **techniczno-rekonstrukcyjnych** należy zaliczyć ocenę stanu klinicznego i budowy anatomicznej kończyny dawcy, której dokonuje się na podstawie badania fizykalnego oraz wywiadu dotyczącego ewentualnych wcześniejszych urazów kończyny górnej, zebranego od personelu ośrodka, w którym znajduje się dawca, a także od rodziny zmarłego.

2 Dobór dawców i koordynacja pobrania

Badanie fizykalne obejmuje ocenę: zakresu ruchów biernych stawów ręki, stanu klinicznego ręki pod kątem ewentualnych wcześniejszych i aktualnych obrażeń (blizny, deformacje), ukrwienia kończyny, w tym test Allena, a także w miarę możliwości USG dopplerowskie. Niezbędnym uzupełnieniem wyżej wymienionych badań jest RTG (przednio-tylnie i boczne) obejmujące staw łokciowy i nadgarstek.

W ocenie stanu kończyny należy wziąć pod uwagę obecność wkłuc dotętnicznych lub dożylnych – w przypadku takich wskazane jest jak najwcześniejsze ich usunięcie. Niezwykle istotna w kontekście przyszłej integracji psychicznej biorcy z pozyskaną częścią ciała jest wnikliwa ocena pod względem **estetycznym** – zgodność karnacji, brak rozległych blizn, tatuaży i innych znaków szczególnych.

Do schorzeń bezwzględnie dyskwalifikujących zmarłego jako dawcę kończyny należy zaliczyć: nowotwory złośliwe, infekcje wirusowe: WZW B, WZW C, nosicielstwo wirusa HIV, infekcję wirusem cytomegalii (niezgodność serologiczna dawca Rh+/biorca Rh-), wirusowe zapalenie opon mózgowych, toksoplazmozę, aktywną gruźlicę, posocznicę, neuropatie systemowe i neuropatie kończyn górnych, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby przenoszone drogą płciową. Również tatuaż wykonany w ciągu ostatnich sześciu miesięcy jest czynnikiem dyskwalifikującym zmarłego jako dawcę przeszczepu.

W przypadku kwalifikacji potencjalnego dawcy kończyny, ze względu na uwarunkowania kulturowe, religijne i obyczajowe należy uzyskać akceptację rodziny zmarłego wobec planowanej procedury pobrania.

Koordynacja pobrania

Pobranie i przeszczepienie kończyn(y) odbywa się zgodnie z ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów pod nadzorem koordynatora szpitalnego i koordynatora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”.

Po orzeczeniu śmierci mózgu, sprawdzeniu braku sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, wykluczeniu schorzeń dyskwalifikujących zmarłego jako dawcy (w przypadku kwalifikacji do HTx po akceptacji rodziny zmarłego) dokonuje się wstępnej oceny dawcy i kończyn dawcy, biorąc pod uwagę potencjalnych biorców z listy aktywnej.

W przypadku oceny pozytywnej wzywa się potencjalnego biorcę do ośrodka transplantacyjnego, gdzie dokonuje się oceny aktualnego stanu zdrowia biorcy i ewentualnego przygotowania do zabiegu. Surowicę biorcy wraz z pobranymi węzłami chłonnymi dawcy

dostarcza się do Pracowni Zgodności Tkankowej. Równocześnie zawiadamia się blok operacyjny, dział anestezjologii, laboratorium i oddział. Powołuje się zespoły operacyjne – zespół pobierający złożony z dwóch lekarzy i dwóch instrumentariuszek oraz „szpitalny” zespół operacyjny. Zespół pobierający w ośrodku dawcy dokonuje ostatecznej oceny kończyny oraz pobrania (na ogół w trakcie pobrania wielonarządowego). Kikut dawcy zawsze zostaje zaopatrzone protezą kosmetyczną. W przypadku akceptacji kończyny wraz z początkiem pobrania zespół „szpitalny” przystępuje do operacji przeznaczonej dla biorcy – preparowania i identyfikacji struktur anatomicznych kikuta. Po dostarczeniu pobranego narządu oraz potwierdzeniu ujemnego wyniku próby krzyżowej następuje transplantacja.