

Mgr Renata Sowińska

**Ocena bezpieczeństwa i skuteczności
biopsji protokolarnych nerki przeszczepionej -
doświadczenia własne ośrodka**

Streszczenie

Biopsja nerki pozostaje nadal podstawowym narzędziem diagnostycznym pozwalającym na uzyskanie informacji o rodzaju, aktywności i stopniu zaawansowania procesu chorobowego toczącego się w jej obrębie. Uważana jest za tzw. „złoty standard” zarówno w diagnostyce chorób nerek własnych, jak i w diagnostyce przyczyny dysfunkcji alop przeszczepu nerkowego. Biopsje protokolarne nerki wykonywane są przy jej stabilnej czynności w określonych ramach czasowych w celu wykrycia niemych klinicznie patologicznych zmian. Przedstawiane badanie miało charakter retrospektywny, bez grupy kontrolnej. W badaniu oceniano 575 biopsji protokolarnych pobranych od chorych po zabiegu przeszczepienia nerki, głównie od dawców zmarłych. Analizie poddano biopsje protokolarne wykonane w latach 2010 – 2020 u chorych pozostających pod opieką Kliniki Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W naszym ośrodku biopsje protokolarne nerki przeszczepionej wykonywane zazwyczaj są w stałych punktach czasowych: 0, 3, 12, 36 miesięcy po transplantacji. Z przyczyn obiektywnych nie udało się wykonać tzw. wczesnych biopsji u wszystkich chorych poddanych transplantacji w tym okresie. W związku z tym analizie poddano głównie późne biopsje protokolarne wykonane po upływie 3 miesięcy od transplantacji. Każdy chory wyraził pisemną zgodę na wykonanie biopsji protokolarnej nerki przeszczepionej. Bezpośrednio przed biopsją chorego przygotowywano odpowiednio do wykonania tej inwazyjnej procedury – wykluczano zaburzenia krzepnięcia krwi, odstawiano leki p/płytkowe, przeciwkrzepliwe, dokonywano podstawowych pomiarów hemodynamicznych. Warto podkreślić, że 1/3 biopsjowanych chorych otrzymywała Acard – lek ten odstawiano na 5 dni przed wykonaniem biopsji protokolarnej. Biopsje nerki wykonywał doświadczony nefrolog, pod kontrolą usg, przy użyciu Aparatu Magnum BARD zaopatrzonego w igłę tnącą, połączoną automatycznie 16G. Zazwyczaj pobierano 2 wycinki, które natychmiast przekazywano do Pracowni Histopatologicznej. Wycinki oceniano zgodnie z Klasyfikacją banfijską. Po biopsji chory pozostawał w łóżku przez 8-12 godz. W dniu następnym wykonywano kontrolne badanie usg w celu wykrycia ewentualnych powikłań po

biopsji (krwiaka, przetoki a-v). Wykonywano również kontrolne badania krwi, moczu, a następnie dokonywano analizy biopsji oraz oceny pacjentów. Zarówno wśród biorców, jak i dawców nerek przeważali mężczyźni, stanowili oni >60% przypadków. Tylko 8,5% stanowili biorcy u których przeszczepiono nerkę od dawcy żywego. Średni wiek zarówno biorcy jak i dawcy wynosił 45 lat. Średnia wartość INR przed biopsją była prawidłowa, jednak u pojedynczych chorych wartość ta przekraczała dopuszczalne wartości referencyjne. Wykonywanie biopsji protokolarnych u takich chorych powinno zostać odroczone do wyrównania parametrów krzepnięcia. Paradoksalnie w dniu następnym po wykonaniu biopsji obserwowano istotny wzrost, zarówno Hct, jak i stężenia Hb, prawdopodobnie wynikający z powodu przyjmowania zbyt małej ilości płynów w okresie około biopsyjnym. Nie obserwowano pogorszenia czynności nerki przeszczepionej w dniu następnym po wykonaniu biopsji protokolarnej ocenianej zarówno poprzez stężenie kreatyniny, jak i eGFR. Podczas analizy moczu nie obserwowano makroskopowego krwimoczu u żadnego chorego po wykonaniu biopsji protokolarnej. Wzrost mikroskopowego krwinkomoczu obserwowano w 1/3 przeprowadzonych analiz moczu, głównie dotyczył, on wzrostu erytrocyturii z 0-3 wpw do 4-10 wpw. Wzrost erytrocyturii do 26- 100 wpw obserwowano jedynie w 6% wykonanych analiz moczu. Nie wymagało to żadnej interwencji. W wykonanym w następnej dobie po biopsji protokolarnej nerki przeszczepionej usg w 4,35 % wykonanych biopsji protokolarnych obserwowano śladowy krwiak, podlegający jedynie obserwacji. Tylko w 1 przypadku obserwowano krwiaka wymagającego interwencji chirurgicznej i przetoczenia 2j KKCz. Z badanych czynników predykcyjnych dla wszystkich wykonanych biopsji protokolarnych jedynie INR był istotnym czynnikiem ryzyka powstania krwiaka po biopsji. Podczas analiz szczegółowych czynnikiem ryzyka powstania krwiaka w późnych biopsjach protokolarnych, poza wspomnianym wcześniej INR, była niska liczba płytek. Wartości Hct były na granicy istotności. Podczas oceny skuteczności biopsji protokolarnych okazało się, że reprezentatywny wycinek pobrano w 573 na 575 przeprowadzonych biopsji protokolarnych. W 1/3przypadków wykryto subkliniczne patologie, były to głównie zmiany graniczne i TCMR.

Podsumowując: u pacjentów poddawanych biopsji protokolarnej nerki przeszczepionej wystąpił znikomy odsetek powikłań po zabiegu - tylko w jednym przypadku konieczna była interwencja. Istotne dla bezpiecznego wykonania procedury jest dołożenie wszelkich starań aby wartość INR i liczba płytek były prawidłowe. Przy użyciu igły tnącej 16G pobierano w pełni reprezentatywne wycinki nerki. Wykonanie tej procedury jest bezpieczne dla pacjenta.

Natomiast korzyści wynikające z wykonania biopsji protokolarnych są trudne do przecenienia. Zastosowanie bowiem leczenia w okresie wczesnych, subklinicznych stadiach zmian chorobowych może przyczynić się do poprawy funkcjonowania przeszczepionego narządu oraz może pozwolić na wydłużenie czasu jego funkcjonowania, co w konsekwencji może również zmniejszyć koszty leczenia nerkozastępczego chorego.