

Rekurence lupusové nefritidy po transplantaci ledviny

Contreras G, Mattiazzi A, Guerra G, Ortega LM, Tozman EC, Li H, Tamariz L, Carvalho C, Kupin W, Ladino M, LeClercq B, Jaraba I, Carvalho D, Carles E, Roth D. Recurrence of lupus nephritis after kidney transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2010;21:1200–1207.

Výskyt rekurence lupusové nefritidy po transplantaci ledviny se v literatuře velmi liší, pohybuje se od 4 % do 44 %. Ani význam rekurence není příliš jasný, někteří autoři píší o nulovém riziku, kdežto jiní o vysokém riziku selhání štěpu a úmrtí nemocných. V této studii autoři analyzovali osud nemocných s lupusovou nefritidou, kteří podstoupili transplantaci ledviny v letech 1987–2006 a byli registrovaní v databázi UNOS. V uvedených letech podstoupilo transplantaci ledviny 6 850 nemocných s anamnézou systémového lupus erythematoses. Většinou šlo o mladé ženy (82 %) průměrného věku 37 let. Ledvinu od kadaverózního dárce obdrželo 61 % nemocných, od žijícího dárce 39 %. Rekurence lupusové nefritidy se vyskytla u 167 nemocných, což představuje 2,44 %. V letech 1987–1995 byla popsána rekurence u 3,19 % nemocných a v letech 1996–2006 u 1,98 % nemocných (tento rozdíl byl statisticky vysoce signifikantní). Akutní rejekce se vyskytla u 50 % nemocných s rekurencí lupusové nefritidy. U nemocných bez rekurence se rejekce vyskytla v 26 % případech. Nemocní s rekurencí dostali většinou štěp od kadaverózního dárce, měli vyšší hladinu PRA a více neshod v HLA systému. Mnohorozměrnou logistickou regresí bylo prokázáno, že nezávislým rizikem rekurence lupusové nefritidy byly černošský původ, ženské pohlaví a věk < 33 let. Medián vzniku rekurence byl 1 561 dní po transplantaci. Během sledování ztratilo funkci štěpu 93,4 % nemocných s rekurencí lupusové nefritidy a 85,7 % nemocných s rejekcí. Přežití štěpu nemocných s rekurencí lupusové nefritidy, s rejekcí a s rekurencí + rejekcí bylo signifikantně nižší než v jiných skupinách. Riziko ztráty štěpu bylo v případě rekurence lupusové nefritidy 4,1krát vyšší, rejekce zvýšila toto riziko 4krát, opožděný rozvoj funkce štěpu 1,7krát, černošský původ 1,4krát. Během 19letého sledování zemřelo 27 nemocných s rekurencí a 313 ve skupině s rejekcí. Statistickou analýzou bylo ověřeno riziko úmrtí pouze u nemocných s rejekcí, i když trendy k vyšší mortalitě byly popsány i ve skupinách s rekurencí lupusové nefritidy a u těch s kombinací rekurence a rejekce.

Tato studie tak ukázala, že rekurence lupusové nefritidy po transplantaci není běžná, a ačkoli je její přítomnost rizikem pro ztrátu štěpu, význam rekurence je srovnatelný s akutní rejekcí. Navíc rekurence neovlivnila přežití příjemců. Studie také odhalila rizika pro vznik rekurence lupusové nefritidy: rasu, pohlaví a věk nemocných.

■ KOMENTÁŘ

Prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Rekurence základního onemocnění představuje často přeceňovaný problém transplantací ledvin. Záleží ovšem na základním

onemocnění: primární oxalóza, diabetická nefropatie nebo membranoproliferativní glomerulonefritida II. typu recidivují po transplantaci prakticky ve 100 % případů. Liší se však zásadně v době vzniku rekurence a také v prognostickém významu. Dalo by se říci, že s dlouhým časovým odstupem od transplantace recidivuje většina primárních glomerulonefritid, které zavinily renální selhání. Například v případě IgA nefropatie se rekurence vyskytuje až u dvou ze tří případů, onemocnění trvá dlouho a u řady nemocných vede nakonec i k progresi nefropatie štěpu. V případě FSGS jde o prognosticky mnohem závažnější onemocnění, zvláště u nemocných s rychle vzniklým selháním ledvin a s těžkým nefrotickým syndromem. U nich může FSGS po transplantaci recidivovat již v prvních dnech.

V případě systémového lupusu byly dosud údaje o rekurenci skoupé a údaje v literatuře byly rozporuplné. Ve výše popsané studii autorů z Miami byl výskyt rekurence prakticky raritní a došlo k němu v době od několika dní až po 16 let po transplantaci, většina případů se vyskytla v prvních deseti letech. Komentovaná studie prokázala mnohem nižší výskyt rekurence lupusové nefritidy, než se čekalo. Jedním z identifikovatelných rizik byl i černošský původ. V prostředí ČR by tak mohl být výskyt rekurence lupusové nefritidy ještě nižší. Nemocných po transplantaci ledviny s anamnézou lupusu je ale velmi málo. Bylo by jistě zajímavé ověřit počet nemocných se SLE v čekací listině na transplantaci ledviny v ČR. Většinou jde o mladé nemocné a těm by měla být transplantace nabízena automaticky. Neobstojí přitom žádný argument, že je onemocnění závažné a představuje rizika. Imunosuprese je podávána jak před transplantací, tak i po transplantaci, kdy jsou dávky vyšší a navíc se používá kombinovaná léčba. Udržovací imunosuprese tak spolehlivě zabrání rekurenci SLE po transplantaci ledviny. Klinicky se SLE ve štěpu projevuje malou proteinurií, ale spíše jsou četnější extrarenální projevy. Diagnóza je založena na klinických projevech, sérologii a histologické verifikaci. Před transplantací ledviny by měly být sérologické parametry (komplement, ANA a anti-dsDNA protilátky) normální, anebo alespoň stabilizované. Jak ukázala tato dosud největší analýza registru transplantací v USA, prognóza přežívání pacientů a nakonec i štěpu po transplantaci ledviny se základní diagnózou SLE je velmi dobrá.

Literatura

Cameron JS. Glomerulonephritis in renal transplants. *Transplantation* 1982;34:237–245.
Hariharan S. Recurrent and de novo disease after renal transplantation. *Semin Dial* 2000;13:195–199.