



EDITORIAIS

Transplante hepático: o dilema da falta de órgãos e da escolha do receptor ideal

Liver transplantation: the dilemma of the lack of organs and the choice of the ideal receiver

Antonio Nocchi Kalil*

O número de transplantes hepáticos aumentou incrivelmente desde a Conferência de Consenso, patrocinada pelo “National Institute of Health” dos Estados Unidos, em junho de 1983. Naquela época o método foi considerado uma modalidade terapêutica para doenças hepáticas em estágio final, quando haviam sido efetuados ao redor de 500 destes procedimentos em todo o mundo. No início dos anos 90 mais de 10.000 transplantes hepáticos tinham sido realizados na Europa¹, número semelhante ao dos Estados Unidos.

O progresso irresistível do transplante hepáticos, com índices de sobrevida aos 2 anos próximo de 90% em pacientes pediátricos² tornou clara a existência de dois sérios problemas. Primeiro, o crescente aumento de pacientes nas listas de espera. Nos Estados Unidos, por exemplo, dados da UNOS documentaram um aumento de mais de 40% de pacientes em lista ativa no início desta década. Também na Europa ocorre o mesmo problema, o número de doentes aguardando um transplante hepáticos cresceu 80%, ao passo que o número de transplantes efetuados em um mesmo período, aumentou apenas 20%¹. Certamente não é a lei de doação presumida de órgãos, recentemente aprovada em nosso país, mas há muito tempo em uso em países europeus, que irá solucionar essa discrepância. E essa é a segunda grande questão: como aumentar o número de órgãos disponíveis para transplante? O trabalho de Ferreira e colaboradores, publicado nesta edição, aborda de maneira adequada o número de potenciais doadores perdidos em nosso meio, atribuindo parcela considerável dessa perda aos intensivistas, que necessitam de um intercâmbio

maior com os grupos de transplante, aumentando seu conhecimento específico em especial nas questões hemodinâmicas, fundamentais para a retirada adequada de órgãos, mas também em relação aos ótimos resultados obtidos, o que justifica o empenho de todos.

Mas a maneira, possível atualmente, de diminuir a falta de doadores, em especial na população pediátrica, é a utilização da técnica de divisão do fígado (“split liver”, um fígado para 2 receptores) e o doador vivo. Neste grupo de

pacientes, existe uma relação inversa entre a oferta de órgãos de cadáveres pediátricos e a incidência de doença hepática em crianças, resultando em alta mortalidade nas listas de espera dos Serviços de Transplante Pediátrico. A primeira iniciativa de reduzir a morbidade e a mortalidade pré-transplante nestes pa-

cientes foi a utilização da redução do fígado^{3,4}, técnica responsável por aproximadamente 70% dos transplantes pediátricos, obtidos de órgãos de cadáveres adultos, atualmente. Em relação ao transplante com órgão proveniente de doador vivo ainda existe alguma relutância em certos centros, especialmente por razões éticas e morais, sendo fundamental a decisão voluntária e a qualidade médica do serviço envolvido. A principal desvantagem desse método são os riscos do procedimento no doador, os quais podem ser praticamente eliminados quando realizado por equipes com experiência em cirurgia hepática. Nas maiores séries relatadas, complicações severas do doador praticamente inexistem e os resultados das crianças receptoras são comparáveis aos melhores possíveis em transplantes de órgãos cadavéricos⁵. Parece claro que a utilização de doadores vivos deve ser estimulada, como já vem sendo feito em nosso meio⁶, diminuindo a dificuldade do transplante,

Veja artigo relacionado na página 75

* Professor Adjunto-Doutor da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

especialmente em crianças muito pequenas. Além disso, o transplante hepático proveniente de doador vivo é a única situação em que é possível escolher o momento ideal para a realização do transplante. Dessa forma, parece razoável indicar esse procedimento em serviços de transplante pediátrico que tenham experiência em ressecções hepáticas em pacientes adultos (cirurgia do doador).

Em virtude da penúria de órgãos e do aumento do número de pacientes em lista de espera, a questão definitiva que se coloca é: quais pacientes devem ser transplantados? Neste aspecto, a avaliação dos resultados do transplante hepático deveria levar em consideração o número de anos de vida ganho comparando-se com a história natural da doença pela qual o indivíduo foi transplantado, como por exemplo os modelos prognósticos da clínica Mayo para cirrose biliar primária e colangite esclerosante permitem realizar^{7,8}. Isso significa que a forma mais utilizada para expressar os resultados do transplante hepático, o percentual de sobrevivência em um determinado momento, pode não ser fiel, impossibilitando a comparação entre os diferentes serviços. Em relação a isso, uma afirmação do trabalho de Ferreira e colaboradores dá espaço à reflexão, aquela que refere que do grupo de pacientes por eles avaliados, onze (17%) não foram transplantados pelo avançado estágio da hepatopatia. Não seriam esses os pacientes com o pior prognóstico a curto prazo e conseqüentemente os que mais se beneficiariam do procedimento? Ou os autores acreditam, assim como outros⁹, que o transplante nesse grupo de doentes está associado com os piores resultados, o que justificaria a não utilização dos já escassos órgãos ofertados? Por esse motivo, parece claro que devemos dar prioridade aos pacientes que mais se beneficiarão, cotejando vantagens e desvantagens, mas sobretudo valendo-nos de sensatez, coerência e humanidade.

Referências bibliográficas

1. European Liver Transplant Registry, May 1968 - December 1993.
2. Otte JB, Yandza T, de Ville de Goyet J, Tan KC, Salizzoni M, de Hemptinne B. Pediatric liver transplantation: report on 52 patients with a 2-year survival of 86%. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 250-3.
3. Bismuth H, Houssin D. Reduced-size orthotopic liver transplantation in children. *Surgery* 1984; 95: 367-70.
4. Emond JC, Whittington PF, Thistlethwaite JR, Alonso EM, Broelsch C. Reduced-size liver transplantation: use in the management of children with chronic liver disease. *Hepatology* 1989; 10: 867-872.
5. Tanaka K, Nemoto S, Tkunaga Y, Fujita S, Sano K, Nishigawa T, Sawada H. Surgical techniques and innovations in living related liver transplantation. *Ann Surg* 1993; 217: 82-91.
6. Carone E, Chapchap P, Pugliese V et al. Transplante hepático com doador vivo familiar - técnica operatória para obtenção do enxerto. *Rev Bras Med* 1996; 53: 241.
7. Dickson CR, Grambsch PM, Fleming TR, Fisher LD, Langworthy A. Prognosis in primary biliary cirrhosis: model for decision making. *Hepatology* 1989; 10: 1-7.
8. Dickson ER, Murtaugh PA, Wiesner RH et al. Primary sclerosing cholangitis: refinement and validation of survival model. *Gastroenterology* 1992; 103: 1893-1901.
9. Edwards EB, Breen TJ, Guo T, Ellison MD, Daily OP. The UNOS waiting list: 1988 through November 30, 1992. In: Teresaki PL and Cecka JM, eds. *Clinical Transplants 1992* UCLA Tissue Typing Laboratory, Los Angeles, CA 1992: 61-75.