

TRANSPLANTE POR COLANGITE BILIAR PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DE 25 ANOS.

Sobral MAO¹; Assis T V ¹; Braga MH ¹; D'Albuquerque LAC ¹; Gomes MVAG ¹; Cançado ELR¹; Terrabuio DRB¹.

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - SP.

INTRODUÇÃO

A sobrevida após transplante (Tx) por CBP em 5 e 10 anos é acima de 80%, mas 17-46% recidivam a doença, com impacto na sobrevida em longo prazo.

MÉTODOS

Avaliação retrospectiva de uma coorte de transplantados por CBP no período de 1997 a 2022. Até 2002, a imunossupressão padrão inicial era com ciclosporina e a partir de então, tacrolimus. A partir de 2019, foi iniciado AUDC preemptivo para prevenção de recidiva da doença, com início da medicação nos primeiros 6 meses do tx (n=12, 46,2%).

RESULTADOS

Foram avaliados 28 pacientes, sendo 2 transplantes intervivos. Os dados pré transplante estão demonstrados na tabela 1.

Sexo n(%)	
Masculino	1 (3,57 %)
Feminino	27 (96,42%)
Idade (Média± DP) (anos)	
Ao diagnóstico de CBP	46,6±10
Ao tx	52,45±9,7
Complicações pré tx n (%)	
Ascite	9 (35,7)
Hemorragia Digestiva Alta	7 (25)
Encefalopatia / PBE	4 (14,3) / 2 (7,1)
Indicação de Tx n (%)	
Perda de função	23 (82,1%)
Situação especial	5 (17,8%)
Idade doador (Média± DP) (anos)	39,42±15
Disparidade sexo doador/receptor	11 (39,6 %)

Tabela 1 : Características pré Tx (n=28)

A taxa de recidiva da doença foi de 46,4% (n=13) em 6,34±5,5 anos após o tx. Na recidiva, 7/13 (53,9%) estavam em uso de ciclosporina. No diagnóstico da recidiva 6 pacientes eram Estádio I. Não houve relação entre RCA, infecção por CMV e disparidade sexual entre doador/receptor e recidiva da doença.

O uso preemptivo de AUDC se associou a menor risco de recidiva (25 x 71,4%, p=0,047). Não houve impacto da recidiva na sobrevida dos pacientes avaliados nessa coorte.

AUDC preemptivo n(%)	12 (46,2)
RCA n(%)	11 (39,3)
Troca de FK por CYA	2 (7,1)
CMV	4 (14,3)
Recidiva CBP n(%)	13 (46,4)
Uso de CYA	7/13 (53,9)
Óbito n(%)	4 (14,3)
Complicações precoces	2 (7,14)
HBV de novo	1 (3,5)
Neoplasia de pâncreas	1 (3,5)
Sobrevida de 10 anos	85%

Tabela 2 : Características pós Tx (n=28)

DISCUSSÃO

Em literatura, o uso de CYA associa-se a menor risco de recidiva e maior sobrevida, entretanto em nossa coorte mais de 50% estavam em uso da medicação no diagnóstico de recidiva. Ademais, alguns dos casos de troca de FK para CYA, o que nos leva a discutir a validade dessa troca nos primeiros 6 meses do pós tx. O uso de AUDC preemptivo também se associaria com menor recidiva, o que também foi evidenciado em nossa coorte, justificando seu uso. Há que considerar, todavia, o pequeno tempo de follow-up desse subgrupo. Embora quase 50% dos pacientes recidivaram, os óbitos não tiveram relação com a recidiva, sendo relacionado a complicações precoces do pós tx em 2/4 casos.

CONCLUSÃO

O uso preemptivo do AUDC no pós tx parece se associar com menores taxas de recidiva. A recidiva não teve impacto na sobrevida nessa coorte, provavelmente porque o tempo de seguimento dos pacientes foi de apenas 10 anos.