



POLTRANSPLANT

CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DS. TRANSPLANTACJI

Warszawa 2020-03-15

Stanowisko Poltransplantu dotyczące wykorzystania narządów, tkanek i komórek innych niż komórki krwiotwórcze do przeszczepienia w związku z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 (2020.03.15.)

Stanowisko oparte jest na:

- doniesieniach epidemiologicznych nt. zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (choroby COVID-19), w tym dotyczących prewencji, możliwości leczenia i śmiertelności;
- tematycznych opracowaniach organizacji związanych z medycyną transplantacyjną;
- wiedzy dotyczącej oceny ryzyka przeniesienia zakażenia od dawcy do biorcy przeszczepu i możliwości rozwoju zakażenia u biorcy;
- doświadczeniach dotyczących ryzyka i korzyści leczenia przeszczepieniem, w tym na fakcie, że przeszczepienie narządów w krótszej lub dłuższej perspektywie jest zabiegiem ratującym życie;
- stanowisku, że w przypadku wykorzystania do przeszczepienia narządów lekarz ma prawo podjąć większe ryzyko, niż w przypadku przeszczepiania tkanek.

1. Ankieta „Koronawirus SARS-CoV-2”.

Każdy potencjalny zmarły dawca powinien mieć zebrany wywiad epidemiologiczny i kliniczny. Postępowanie to dokumentuje się w ankiecie „Koronawirus SARS-CoV-2. Ankieta potencjalnego zmarłego dawcy narządów i tkanek” (załącznik uaktualniony: nie zawiera kryteriów „geograficznych”, zawiera zapalenie płuc jako kryterium kliniczne). Kopia wypełnionej ankiety trafia do narzędzia sieciowego rejestrytx.gov.pl.

2. Potwierdzone zakażenie.

Potwierdzenie zakażenia u potencjalnego dawcy wyklucza dawstwo narządów i tkanek (nieakceptowane ryzyko).

3. Podejrzenie zakażenia.

W przypadku podejrzenia zakażenia (spełnione kryteria epidemiologiczne i kliniczne) należy wykonać test RT-PCR (dostępność testów jest coraz większa, czas oczekiwania na wynik w przypadku materiału pobranego z nosa lub gardła wynosi ok. 18 godzin).

4. Brak danych epidemiologicznych i klinicznych.

Test RT-PCR należy wykonać w przypadkach, gdy informacje dotyczące spełnienia lub niespełnienia kryteriów epidemiologicznych i klinicznych są niedostępne, niepełne lub niewiarygodne.

5. Test RT-PCR u wszystkich potencjalnych dawców.

Zaleca się wykonanie testów RT-PCR u wszystkich potencjalnych dawców, także w przypadkach, gdy nie są spełnione kryteria kliniczne i epidemiologiczne.

6. Ujemny wynik testu.

Ujemny wynik testu RT-PCR umożliwia dawstwo i przeszczepienie narządów i tkanek. Obowiązuje ocena innych czynników ryzyka wpływających na akceptację lub dyskwalifikację dawcy oraz narządów i tkanek od pobrania i przeszczepienia.

7. Przeszczepienie narządów przy braku wyniku testu.

Pobranie i przeszczepienie narządów jest dopuszczalne w przypadkach, gdy u dawcy nie wykonano testu RT-PCR lub gdy wynik testu nie jest jeszcze znany, a wywiad epidemiologiczny i kliniczny są ujemne. W tych przypadkach decyzję podejmuje lekarz transplantolog po przeprowadzeniu analizy ryzyka i korzyści dla biorcy. Biorca jest o możliwym ryzyku poinformowany w sposób wyważony i udzieli na przeszczepienie zgody. U biorcy przed przeszczepieniem należy wykonać test RT-PCR, choć jego wynik będzie znany po przeszczepieniu. Po przeszczepieniu biorca powinien w miarę możliwości poddany warunkom izolacji ze względu na bezpieczeństwo własne, rodziny i personelu.

8. Potencjalni dawcy wyleczeni z COVID-19.

Przebyta choroba u potencjalnego zmarłego lub żywego dawcy (osoby wyleczone) wyklucza dawstwo narządów i tkanek (nieakceptowane ryzyko do 28 dni od wyleczenia, nieznanie ryzyko, gdy upłynęło ponad 28 dni od wyleczenia).

9. Pobranie i przeszczepianie narządów od żywych dawców.

Należy odroczyć planowane pobrania narządów od żywych dawców.

10. Kwalifikacja potencjalnego żywego dawcy narządów.

Należy odroczyć postępowanie polegające na kwalifikacji potencjalnego żywego dawcy narządów, które wiązałoby się z przemieszczaniem dawcy lub jego pobytem w jednostkach medycznych.

11. Wstrzymanie programów przeszczepiania samej trzustki, samych wysp trzustkowych i unaczynionych przeszczepów wielotkankowych.

Operacje przeszczepienia samej trzustki, samych wysp trzustkowych oraz unaczynionych przeszczepów wielotkankowych w porównaniu z przeszczepieniem innych narządów w mniejszym stopniu są zabiegami ratującymi życie, a biorcy z reguły oczekują na przeszczep w domu. Wstrzymanie programu ograniczy przemieszczanie się potencjalnych biorców i ich pobyt w jednostkach medycznych, a odroczenie przeszczepienia o kilka tygodni lub miesięcy nie powinno w wyraźnym stopniu zwiększyć ryzyka zgonu potencjalnego biorcy lub nasilenia kalectwa wynikającego z choroby.

12. Ograniczenie działalności ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia.

Kwalifikację potencjalnych biorców narządów i rogówki, która miałaby się wiązać z pobytem w ośrodku kwalifikującym lub przemieszczaniem się potencjalnego biorcy należy ograniczyć jedynie do chorych pilnie tego wymagających.

13. Aktualizacja informacji o chorym w krajowej liście oczekujących.

Ośrodki kwalifikujące do przeszczepienia są zobowiązane po pozyskaniu informacji od lekarza sprawującego opiekę nad potencjalnym biorcą (np. ze stacji dializ, ośrodków

kardiologicznych, hepatologicznych, pulmonologicznych) lub bezpośrednio od chorego nt. jego stanu zdrowia i dokonanie odpowiedniego wpisu w rejestrze krajowej listy oczekujących, w tym, jeśli to konieczne zmiany statusu oczekującego na przeszczep pacjenta. Aktualizacja informacji o chorym nie powinna się wiązać z dodatkowym pobytem chorego w zakładzie leczniczym lub jego przemieszczaniem się.

14. Wstrzymanie przezgranicznej wymiany narządów.

Dyrektor Poltransplantu wstrzymuje wydawanie zgód na wywóz narządów z Polski i przywóz narządów do Polski.

15. Przestrzeganie procedur epidemiologicznych w szpitalu dawcy.

Zespoły pobierające narządy i tkanki w szpitalu dawcy zobowiązane są do bezwzględnego przestrzegania procedur epidemiologicznych przyjętych w tym szpitalu. Nadzór nad przestrzeganiem procedur sprawuje szpitalny koordynator pobierania narządów.

16. Bezpieczeństwo zespołów pobierających.

Zakażenie dawcy stanowi głównie niebezpieczeństwo dla biorcy. Niemniej biorąc pod uwagę także ryzyko zakażenia personelu biorącego udział w pobraniu i przeszczepieniu zobowiązuje się zespoły transplantacyjne oraz personel pracowni zgodności tkankowych do bezwzględnego przestrzegania przyjętych w danej jednostce szczegółowych procedur epidemiologicznych.

17. Badanie biorców bezpośrednio przed przeszczepieniem.

Obowiązkowe jest zbadanie pod względem klinicznym i epidemiologicznym potencjalnego biorcy narządu lub rogówki bezpośrednio przed przeszczepieniem. Zaleca się wykonanie testów RT-PCR u wszystkich potencjalnych biorców bezpośrednio przed przeszczepieniem. Ich wynik będzie znany po przeszczepieniu, ale pozwoli prędko wprowadzić leczenie i czynności epidemiologiczne.

18. Podejrzenie zarażenia u biorców i personelu.

W przypadku podejrzenia zarażenia u potencjalnego biorcy, rzeczywistego biorcy lub u członka zespołu transplantacyjnego należy bezwzględnie zastosować się do zasad postępowania epidemiologicznego (w zależności od sytuacji: odsunięcie od pracy, skierowanie do szpitala zakaźnego, izolacja, kwarantanna, wykonanie testów RT-PCR).



dr hab. med. Jarosław Czerwiński
zca dyr. Poltransplantu ds. medycznych

Z wykorzystaniem następujących źródeł:

- 1. Information for transplant programs and OPOs regarding 2019 Novel Coronavirus. www.optn.transplant.hrsa.gov*
- 2. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). www.cdc.gov*
- 3. Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 7th Edition. EDQM Strasbourg 2018*

4. *Information: Coronavirus and Organ Donation/Transplantation.* www.swisstransplant.org
5. *Dokumenty wewnętrzne EDQM*
6. *CORONAVIRUS DISEASE 2019: IMPLICATIONS OF EMERGING INFECTIONS FOR TRANSPLANTATION.* <https://doi.org/10.1111/ajt.15832>
7. Zalecenia związane z zagrożeniem wirusem SARS-CoV-2 dla pacjentów po transplantacjach narządowych zatwierdzone przez Prof. dr hab. med. Lecha Cierpkę, konsultanta krajowego w dziedzinie transplantologii klinicznej. www.poltransplant.pl