Associazione Nazionale
Trapiantati di Fegato
G. Gozzetti ODV Bologna

Allegato 5: Tipologie di trapianto di fegato

TRAPIANTO DA DONATORE CADAVERE A CUORE BATTENTE (DBD): trapianto di fegato intero o di una sola parte (trapianto split) da donatore a cuore battente la cui morte viene accertata tramite criteri cerebrali (osservazione medico legale non inferiore alle 6 ore, indipendentemente dall'età, per verificare l'assenza di attività elettrica cerebrale contestualmente all'assenza di vitalità del tronco cerebrale a testimonianza della morte del soggetto).

Il **TRAPIANTO DA DONATORE CADAVERE A CUORE FERMO (DCD):** trapianto di fegato intero da donatore a cuore fermo la cui morte viene accertata tramite criteri cardiaci a differenza della donazione a cuore battente. L'accertamento con criteri cardiaci avviene attraverso l'esecuzione di un elettro-cardiogramma protratto per un tempo di almeno 20, periodo che corrisponde al tempo di anossia trascorso il quale, vi è certamente l'irreversibile perdita delle funzioni dell'encefalo e quindi la morte dell'individuo.

In questo periodo di tempo tutti gli organi sono sottoposti a ischemia. La resistenza all'ischemia è diversa a seconda degli organi che possono subire danni progressivi in termini di integrità morfologica e funzionale. Condizione imprescindibile per poter utilizzare un organo efficacemente al fine di trapianto è la conservazione della funzionalità.

Grazie a una gestione accurata del potenziale donatore si è riusciti a garantire una buona qualità degli organi prelevati anche rimanendo nei vincoli fissati dalla legge.

Sistemi di assistenza cardiocircolatoria extracorporea (ECMO) subito dopo l'accertamento di morte, limitano Il rischio di danno ischemico unitamente all'adozione delle tecniche di riperfusione degli organi dopo il prelievo. Lo scopo è quello di mantenere gli organi vitali anche dopo il decesso del donatore.

TRAPIANTO DA VIVENTE: trapianto di una parte di fegato da donatore sano, solitamente familiare consanguineo o consanguineo

TRAPIANTI SPLIT, AUSILIARIO:

SPLIT:il fegato del donatore può essere diviso in due parti, utilizzandole per il trapianto in due riceventi diversi**.**

AUSILIARIO: trapianto di una porzione di fegato (segmenti 2°-3°) da donatore cadavere o vivente mantenendo in sede, per un tempo limitato, il fegato nativo allo scopo di garantire la crescita volumetrica del graft epatico da donatore cadavere o vivente.

Queste 2 tipologie prevedono una tecnica di trapianto totalmente diversa rispetto al trapianto di fegato intero in quanto i vasi arteriosi e venosi e i dotti biliari da utilizzare per il trapianto split sono necessariamente più corti e più piccoli rispetto a quelli del fegato intero. In questi casi si può ricorrere a tecniche di ricostruzione/allungamento dei segmenti vascolari a banco ovvero prima della fase del trapianto ad esempio, mediante l'utilizzo di segmenti vascolari criopreservati (provenienti dalla banca dei tessuti dell'AOU-BO) e/o di protesi vascolari di vario genere. Inoltre, soprattutto per la ricostruzione arteriosa, molto spesso viene utilizzata la tecnica microchirurgica attraverso il microscopio operatore, grazie alla collaborazione de i chirurghi plastici.

Associazione Nazionale
Trapiantati di Fegato
G. Gozzetti ODV Bologna

TRAPIANTO COMBINATO: trapianto di più organi solidi trapiantati in contemporanea (cuore-fegato, fegato-rene, fegato e intestino, multiviscerale (intestino, stomaco, pancreas) con o senza fegato, rene-pancreas, rene-cuore-fegato). Tale tipologia di trapianto ha priorità di allocazione.
In casi selezionati, in cui l'epatopatia sia associata a una patologia terminale che coinvolga il rene o il cuore, è possibile considerare il paziente per un trapianto combinato. La valutazione di eleggibilità al trapianto combinato viene effettuata in modo congiunto e integrato con le equipe di cardiologia e cardiochirurgia (per quanto riguarda il trapianto combinato con il cuore) e l'equipe di nefrologia, dialisi e trapianto (per quanto riguarda il trapianto combinato con il rene).

Il **TRAPIANTO COMBINATO CUORE-FEGATO** viene generalmente eseguito presso il Polo cardio-toraco-vascolare così come la degenza post operatoria avviene presso le varie intensità di cura dello stesso Polo cardio-toraco vascolare (sempre mediante un approccio multidisciplinare tra cardiochirurghi, cardiologi, internisti e chirurghi trapiantologi).

Il **TRAPIANTO COMBINATO RENE-FEGATO**
Attualmente la combinazione di insufficienza epatica e renale viene efficacemente trattata nell'adulto e in ambito pediatrico con un trapianto di fegato (LTx) e rene simultaneo (con organi provenienti dallo stesso donatore).
Il trapianto di fegato viene eseguito in maniera ortotopica (nella sede naturale), mentre il trapianto di rene viene eseguito in maniera eterotopica, il nuovo rene viene alloggiato in una cavità virtuale che viene ricavata a livello della fossa iliaca (destro o sinistra).

TRAPIANTO DOMINO: è una tecnica che permette di trapiantare due pazienti da un solo donatore cadavere, facendo in modo che il primo ricevente si "trasformi" in donatore per il secondo ricevente. in pazienti affetti da due patologie diverse è possibile che il fegato asportato al primo paziente che ha ricevuto l'organo da un donatore da cadavere, venga utilizzato per un altro paziente in lista d'attesa trapiantando così l'organo prelevato al ricevente di fegato a un ulteriore ricevente che non sia ugualmente portatore del gene malato. Si tratta infatti generalmente di pazienti con patologie metaboliche ereditarie (come, per esempio, l'amiloidosi) potenzialmente curabili con il trapianto di fegato; il loro fegato nativo, se trapiantato in pazienti che non siano portatori del gene malato, è da considerarsi a tutti gli effetti un organo idoneo al trapianto.