

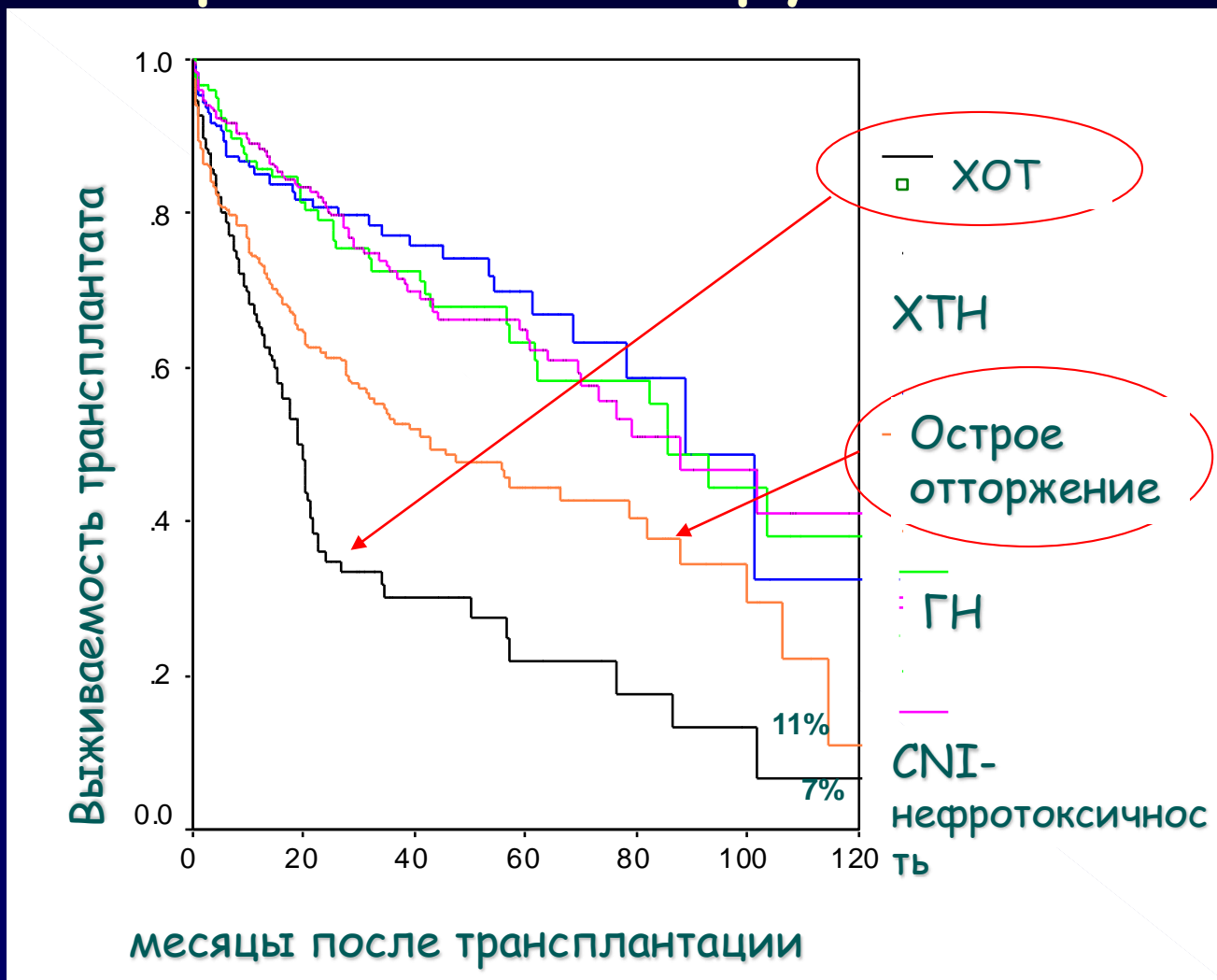
Диагностика и лечение отторжения в поздние сроки после трансплантации почки

Столяревич Е.С

ФНЦ Трансплантологии и искусственных органов имени
академика В.И.Шумакова, Москва

Кафедра нефрологии фТДО МГМСУ

Отдаленная выживаемость трансплантата в зависимости от причины дисфункции



Острое отторжение

```
graph TD; A[Острое отторжение] --> B[преимущественно Т-клеточное]; A --> C[антитело-опосредованное]; B --> D[Тубуло интерстициальное]; B --> E[Сосудистое клеточное]; C --> F[Сосудистое гуморальное]; C --> G[Микроциркуляторное];
```

преимущественно Т-клеточное

антитело-опосредованное

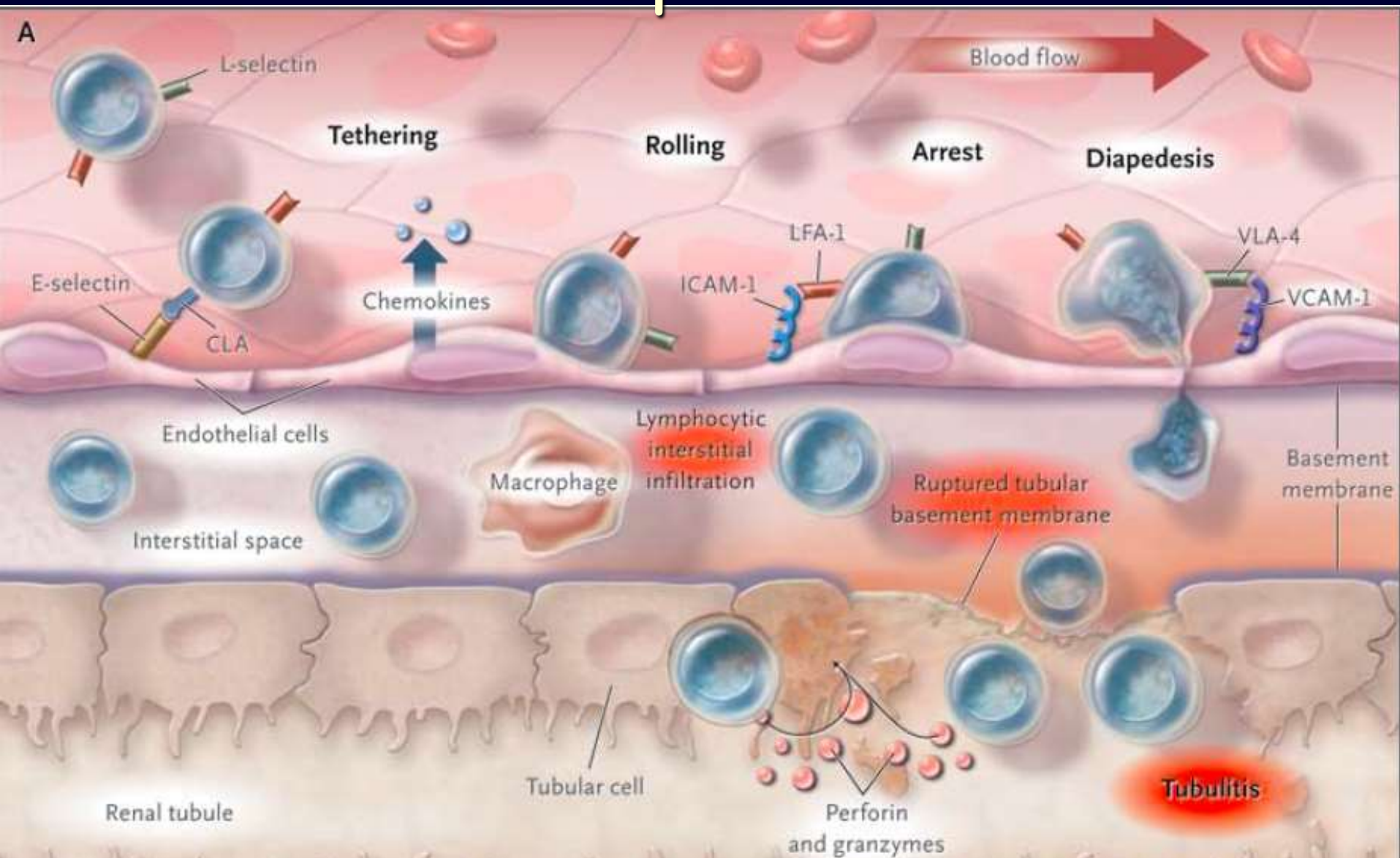
**Тубуло
интерстициальное**

**Сосудистое
клеточное**

**Сосудистое
гуморальное**

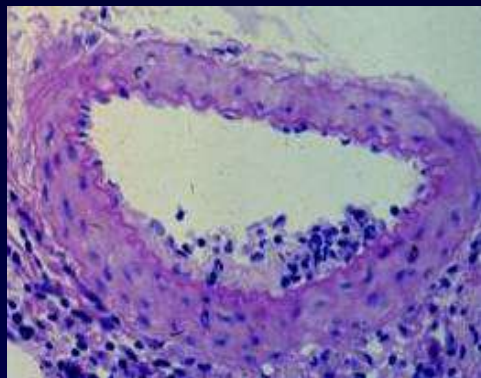
**Микро-
циркуляторное**

Механизм развития клеточного отторжения

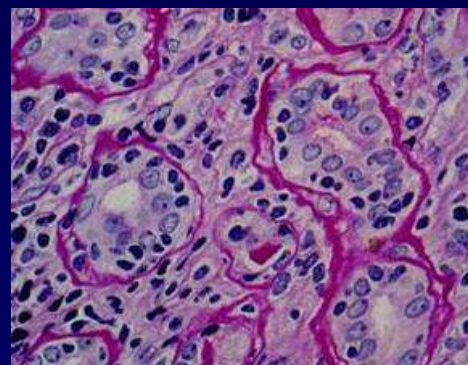
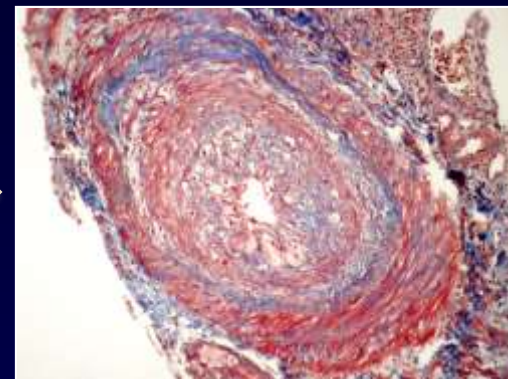


**Т-клеточное
отторжение**

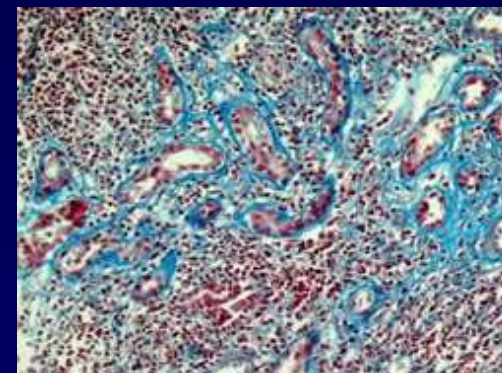
**Сосудистое
клеточное**



артериосклероз



**Интерстициальное
клеточное**



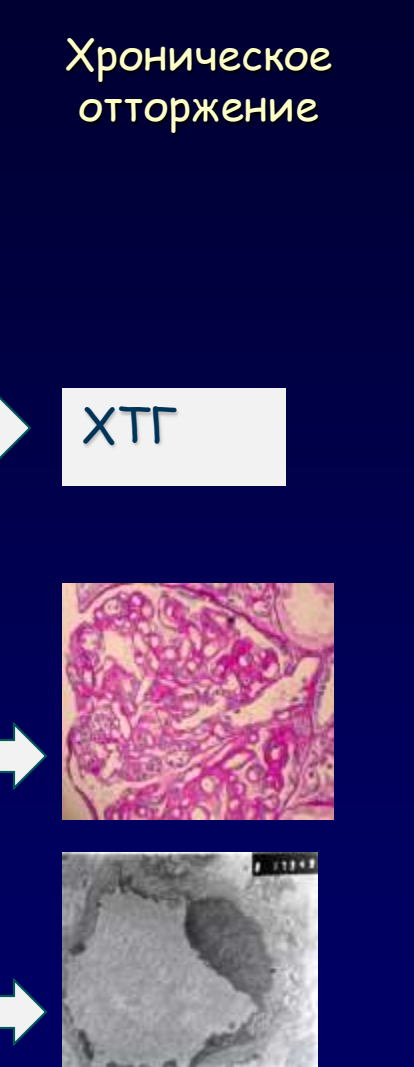
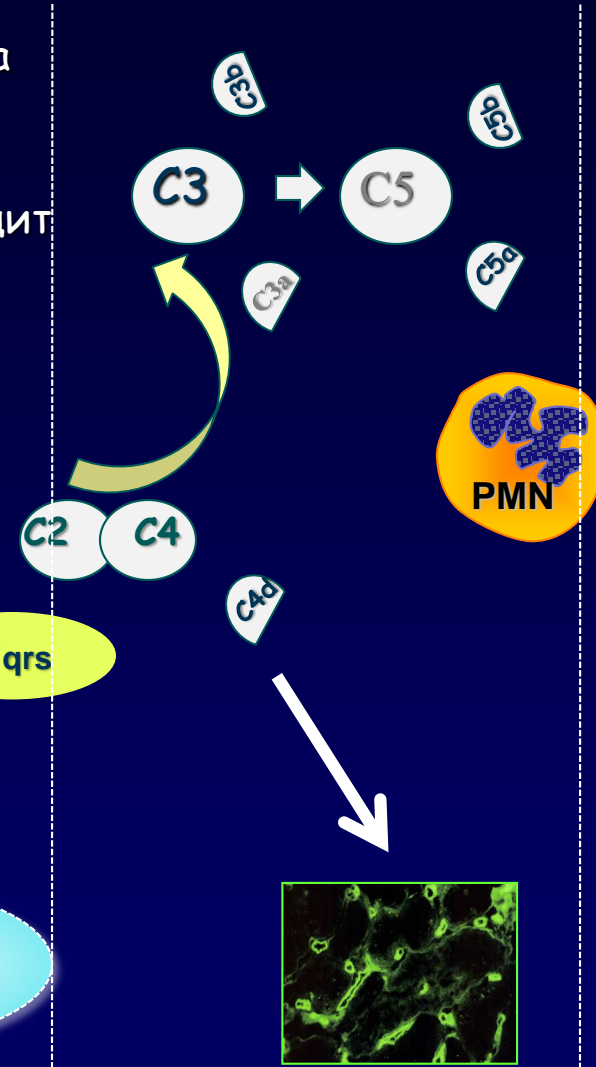
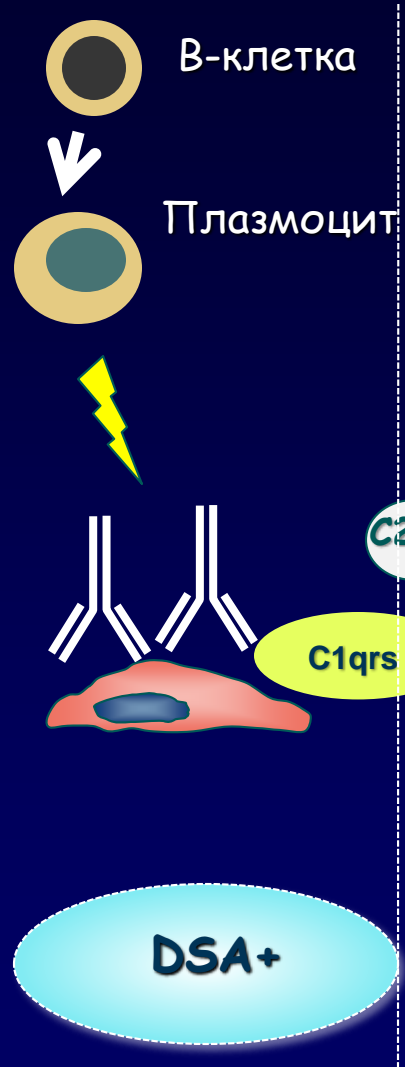
**Интерстициальный
фиброз**

Субоптимальная ИСТ

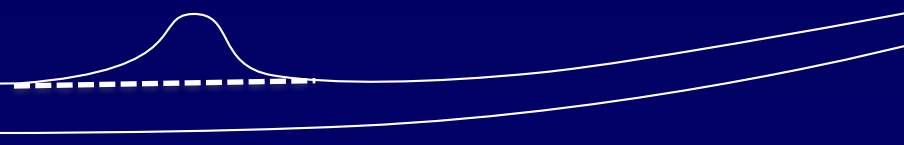
активация комплемента

микроциркуляторное воспаление

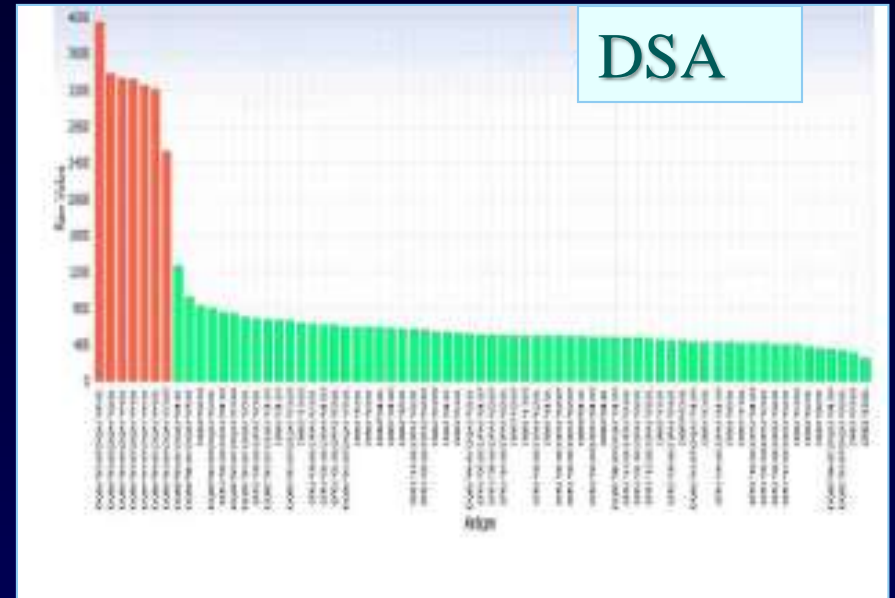
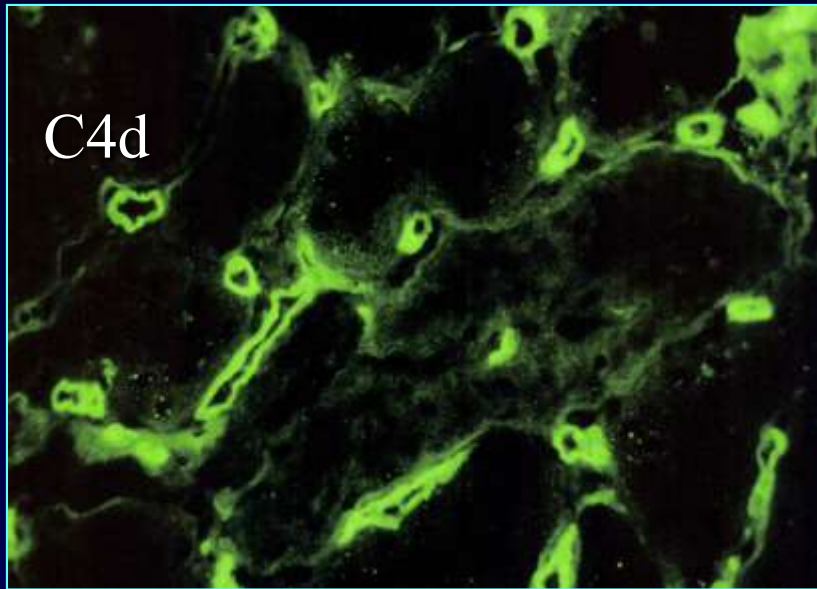
Репаративные процессы



Креатинин протеинурия



Критерии гуморального отторжения



ОКН

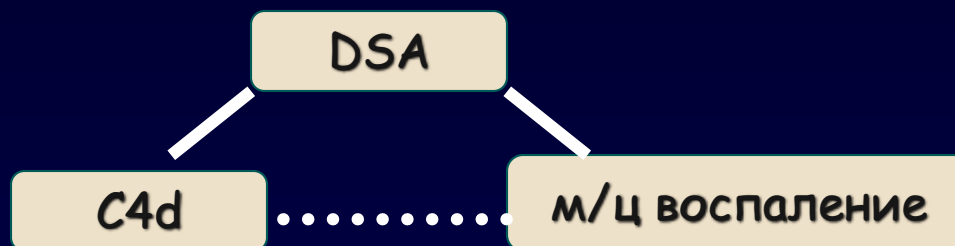
Микроциркуляторное воспаление: нейтрофилы в капиллярах клубочка и/или перитубулярных капиллярах
Артериит

Хроническая трансплантационная гломерулопатия

Хроническая трансплантационная васкулопатия

Расщепление базальной мембраны ПТТК

Значение C4D для диагностики острого и хронического отторжения



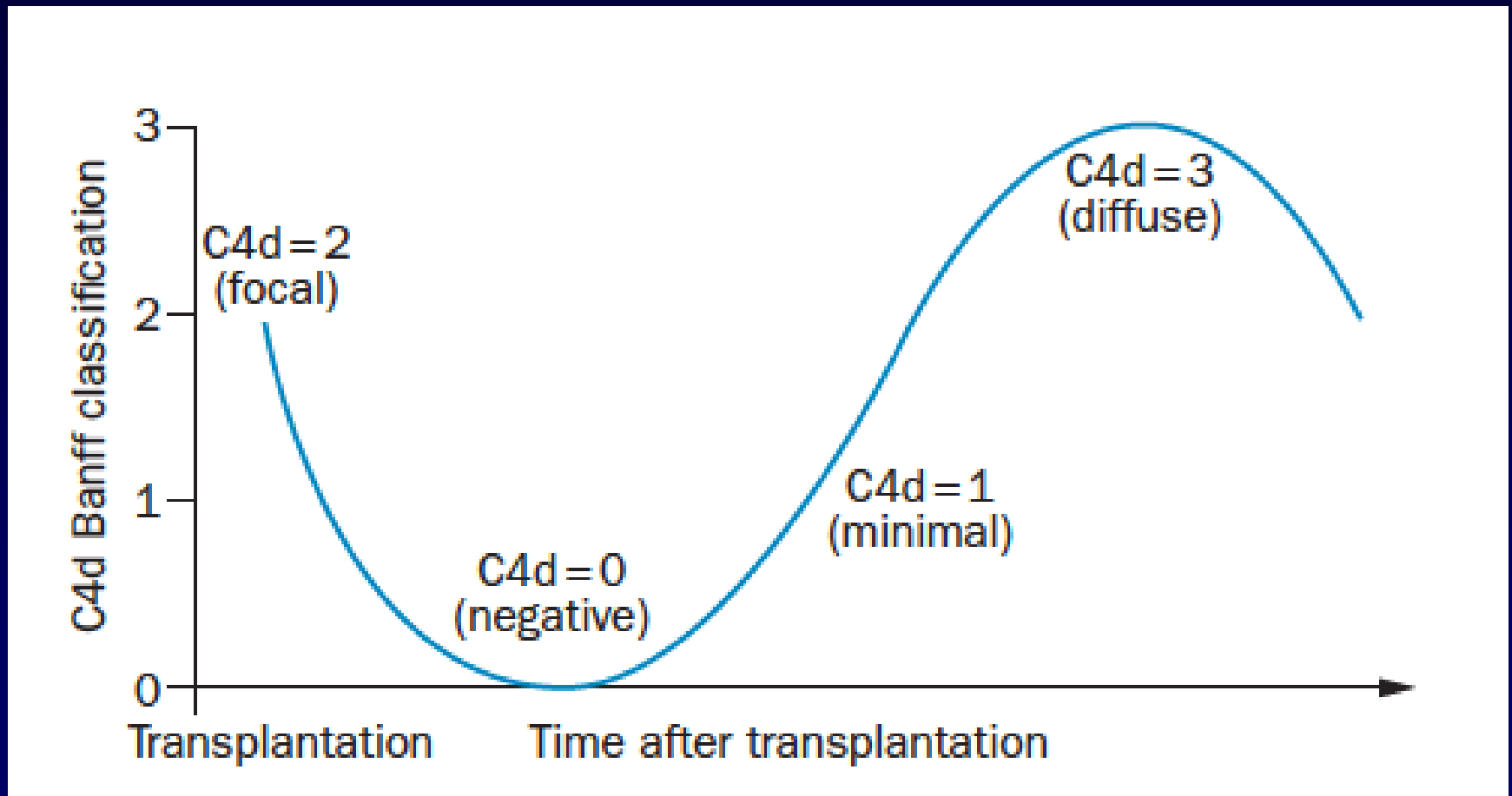
	Донорспецифичные а/т	
	Острое отторжение	Хроническое отторжение
C4D+	90%	88%
C4D-	2%	0

Mauiyyedi S J Am Soc Nephrol 2001, 2002

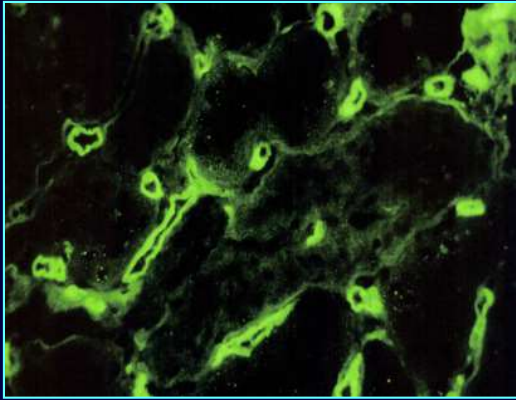
	гломерулит	ХТГ
C4D+	48-60%	24-67%

Regele, NDT 2001; Magil, Kid Int 2005; Fahim AJT 2007; Gaston, Transplantation 2010; Loupy, AJT 2011; Regele, JASN 2002; Sis, AJT 2007; Issa, Transplantation 2008; Haas AJT 2011

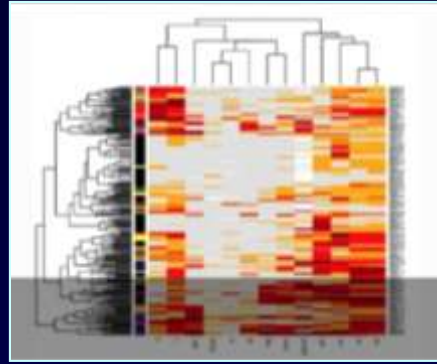
Динамика C4d в течение отторжения



Критерии гуморального отторжения (Banff 2013)



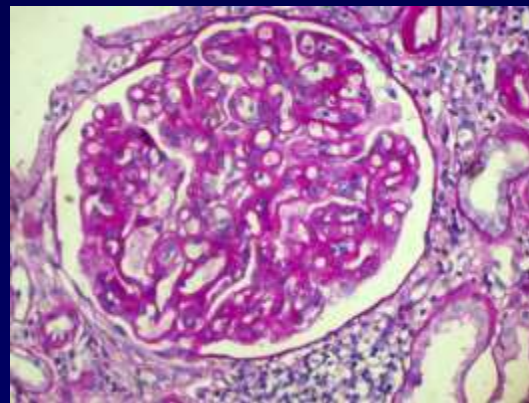
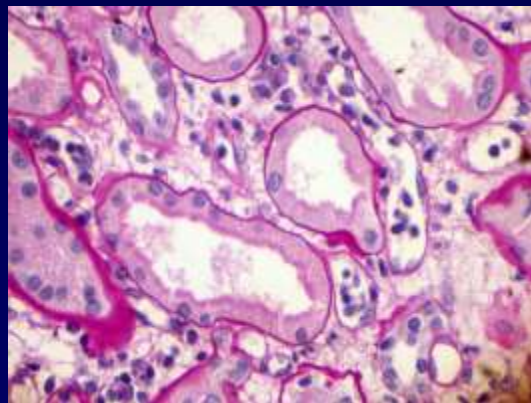
Свечение C4d на ПТК



Экспрессия генов активации эндотелия

Повреждение ткани почки:

- ОКН (в отсутствие другой причины)
- Воспалительные клетки в капиллярах клубочка и/или ПТК [g > 0 и/или ptc > 0]
- ТМА (в отсутствие другой причины)
- Артериит



Микроциркуляторное воспаление [g + ptc] ≥ 2

DSA+

Revised (Banff 2013) classification of antibody-mediated rejection in renal allografts

предсуществующие DSA

образование DSA в результате:

- беременностей
- гемотрансфузий
- Предшествующих трансплантаций



Повышенный риск острого и хронического отторжения



Трансплантация

de novo DSA

Образование DSA в различные сроки после АТП, возможно как следствие недостаточной иммуносупрессии



В зависимости от титра и свойств а/т могут быть сопряжены с риском отторжения, либо не оказывать повреждающего действия³

Time

Острое
гуморальное
отторжение

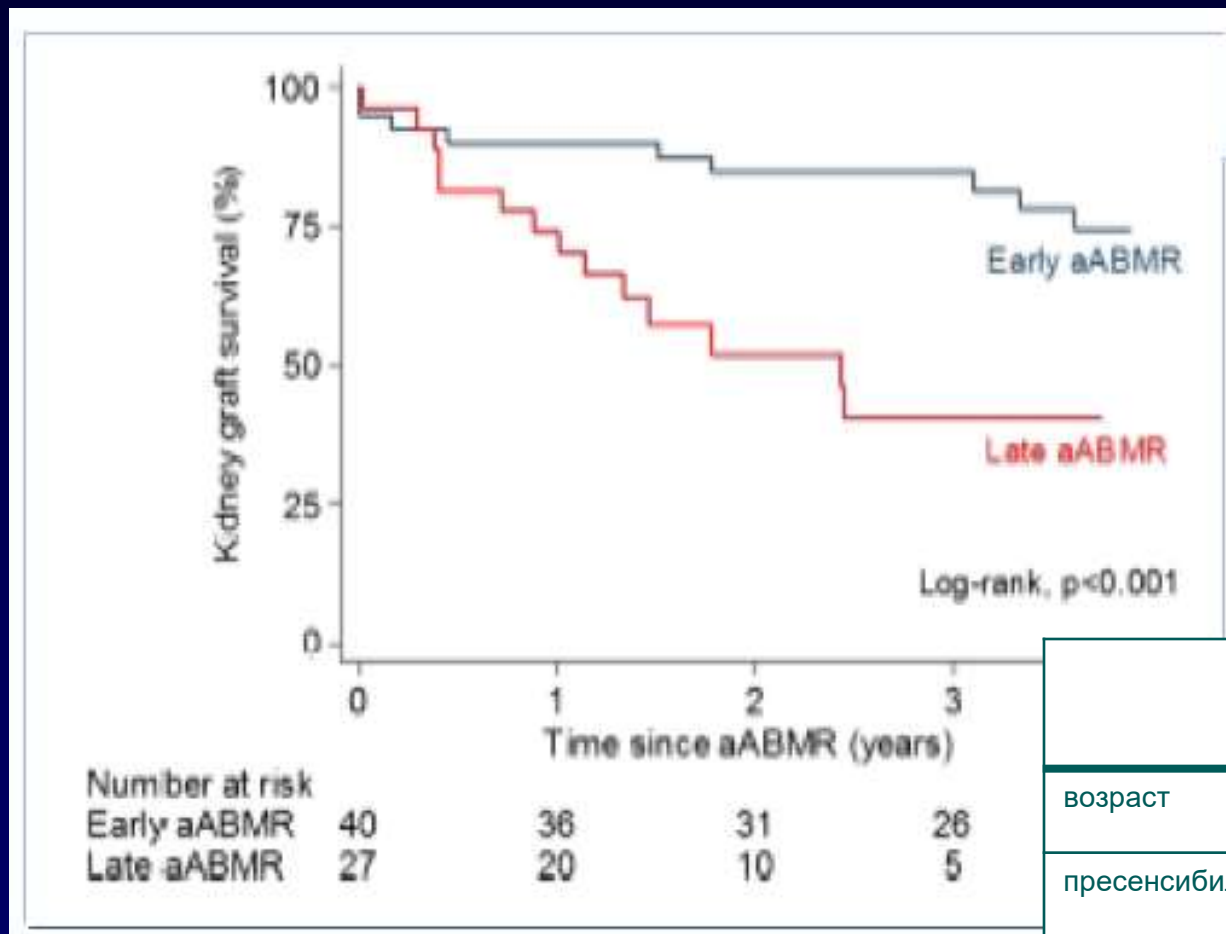
HLA class I and/or II⁴

Хроническое
гуморальное
отторжение

HLA class II⁴

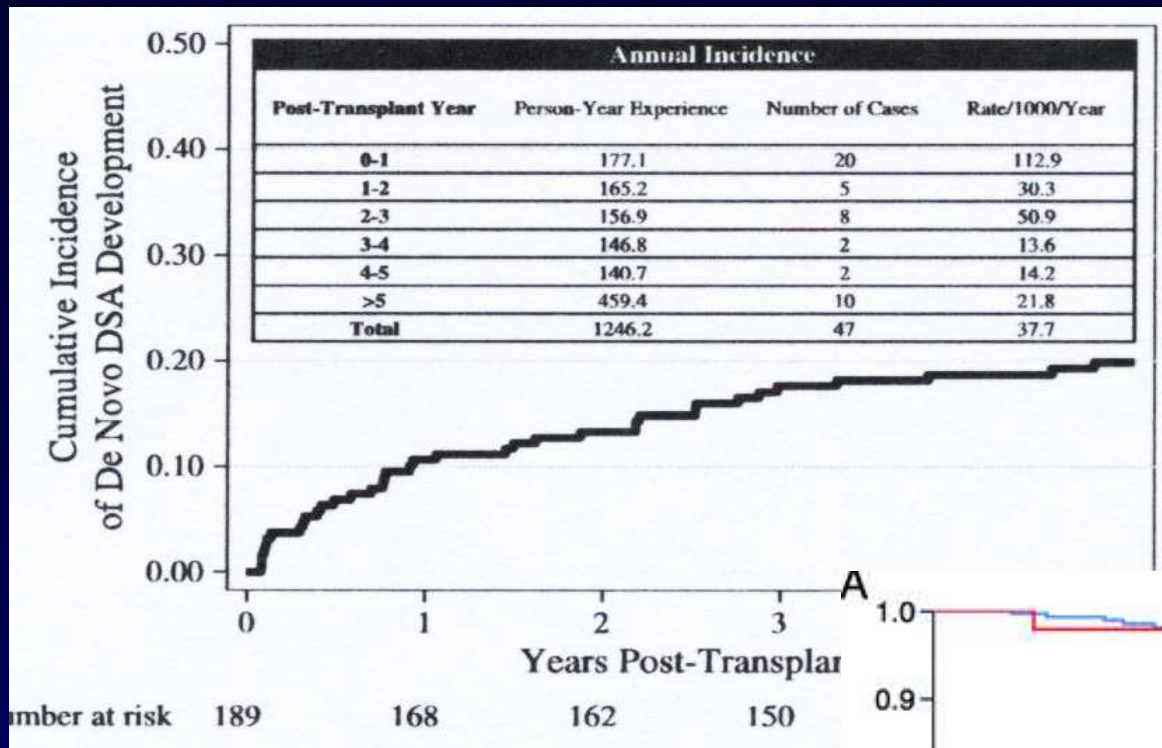
1. Loupy A, et al. Nat Rev Nephrol. 2012;8:348–357;
2. Nankivell BJ, et al. N Engl J Med. 2010;363:145114–62;
3. Turgeon NA, et al. Transplant Rev. 2009;23:25–33;
4. Colvin RB. J Am Soc Nephrol. 2007;18:1046–1056.

Различия в прогнозе в зависимости от сроков возникновения



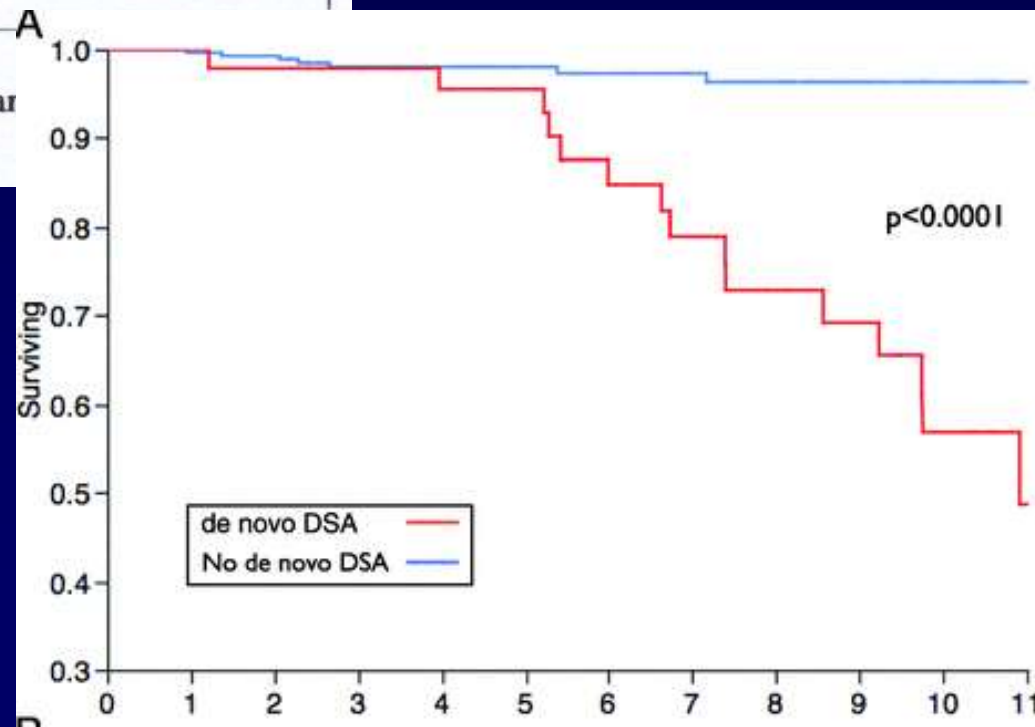
	раннее	позднее	P
возраст	50,9	37,9	0.001
пресенсибилизация	55%	15%	0.001
de-novo DSA	13%	52%	0.001
Субоптим ИСТ	0	56%	0.001

Значение DSA для отдаленного прогноза АТП



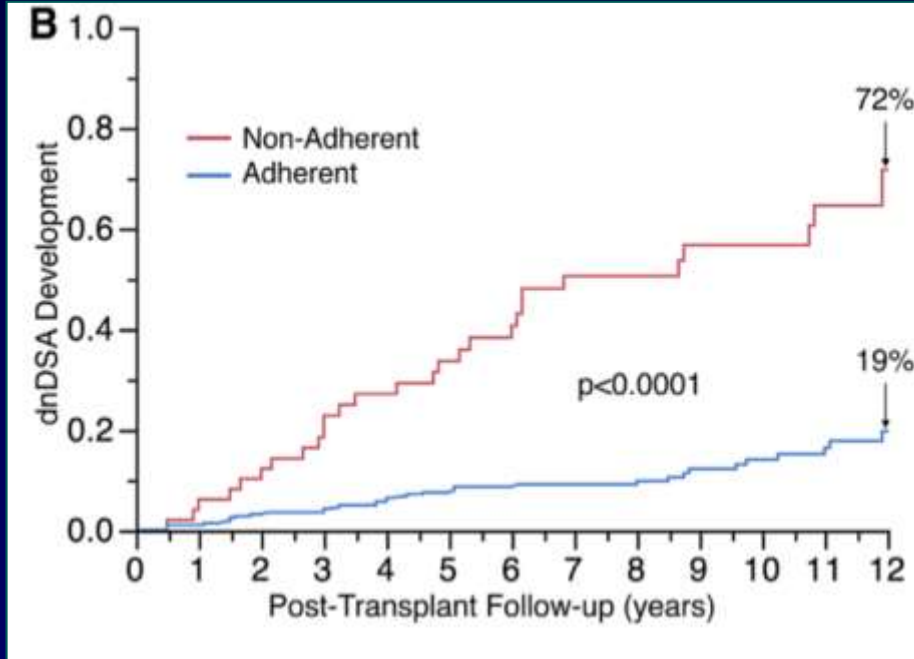
Влияние DSA на выживаемость

Частота выявления DSA в зависимости от срока



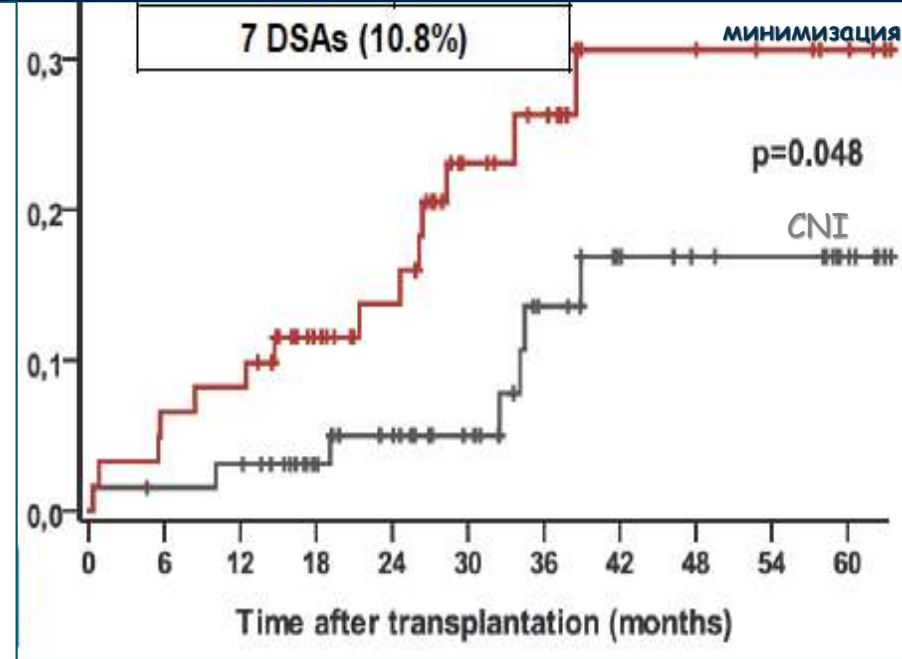
Недостаточная иммуносуппрессия как причина de-novo DSA

Некомплаентность



Wiebe 2015

Минимизация ИСТ



L. Liefeldt^{et al}

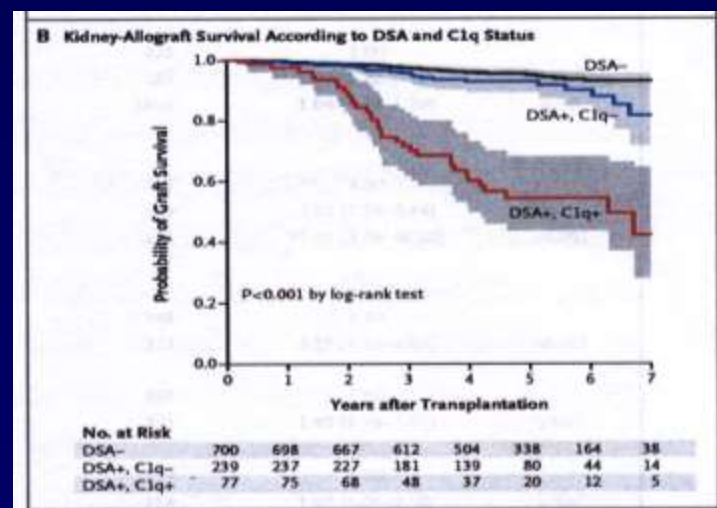
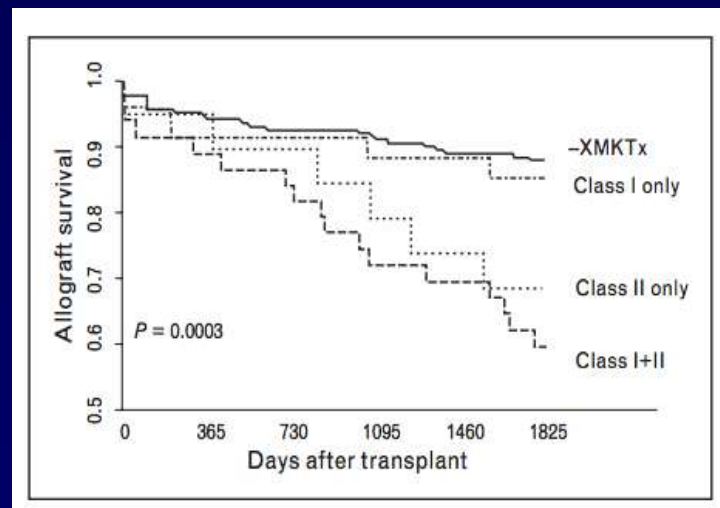
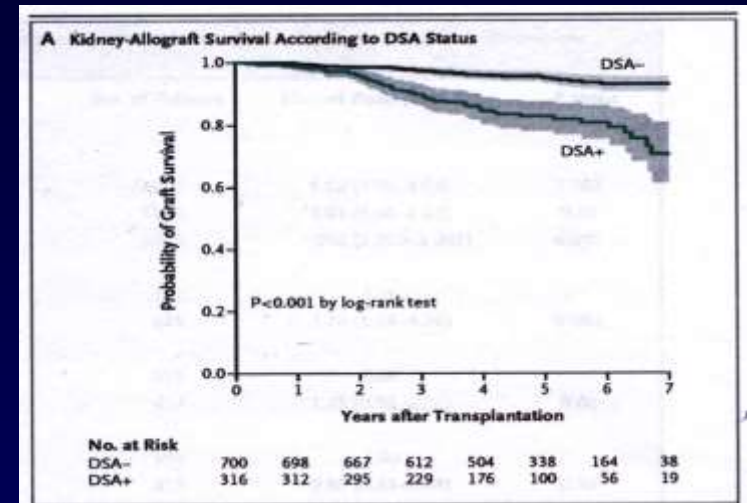
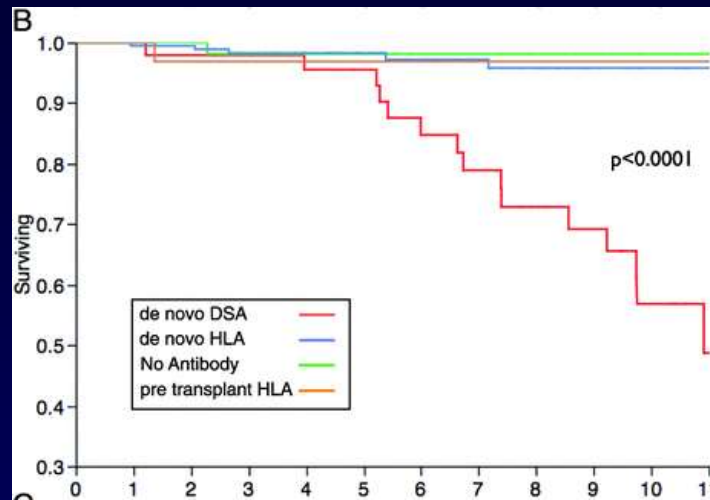
Частота определения DSA после АТП

Consensus Guidelines on the Testing and Clinical Management Issues Associated With HLA and Non-HLA Antibodies in Transplantation

иммунологический риск

Очень высокий (десенсибилизация)	Высокий (DSA+ XM-)	Средний (DSA в анамнезе)	Низкий
DSA и Вх в 1 и 3мес	DSA и Вх в 1 и 3мес	DSA в 1 мес	Мониторинг DSA в случае: non-compliance, ↓ ИСТ, дисфункции
После 12мес определение DSA в случае: non-compliance, изменения ИСТ, дисфункции трансплантата			

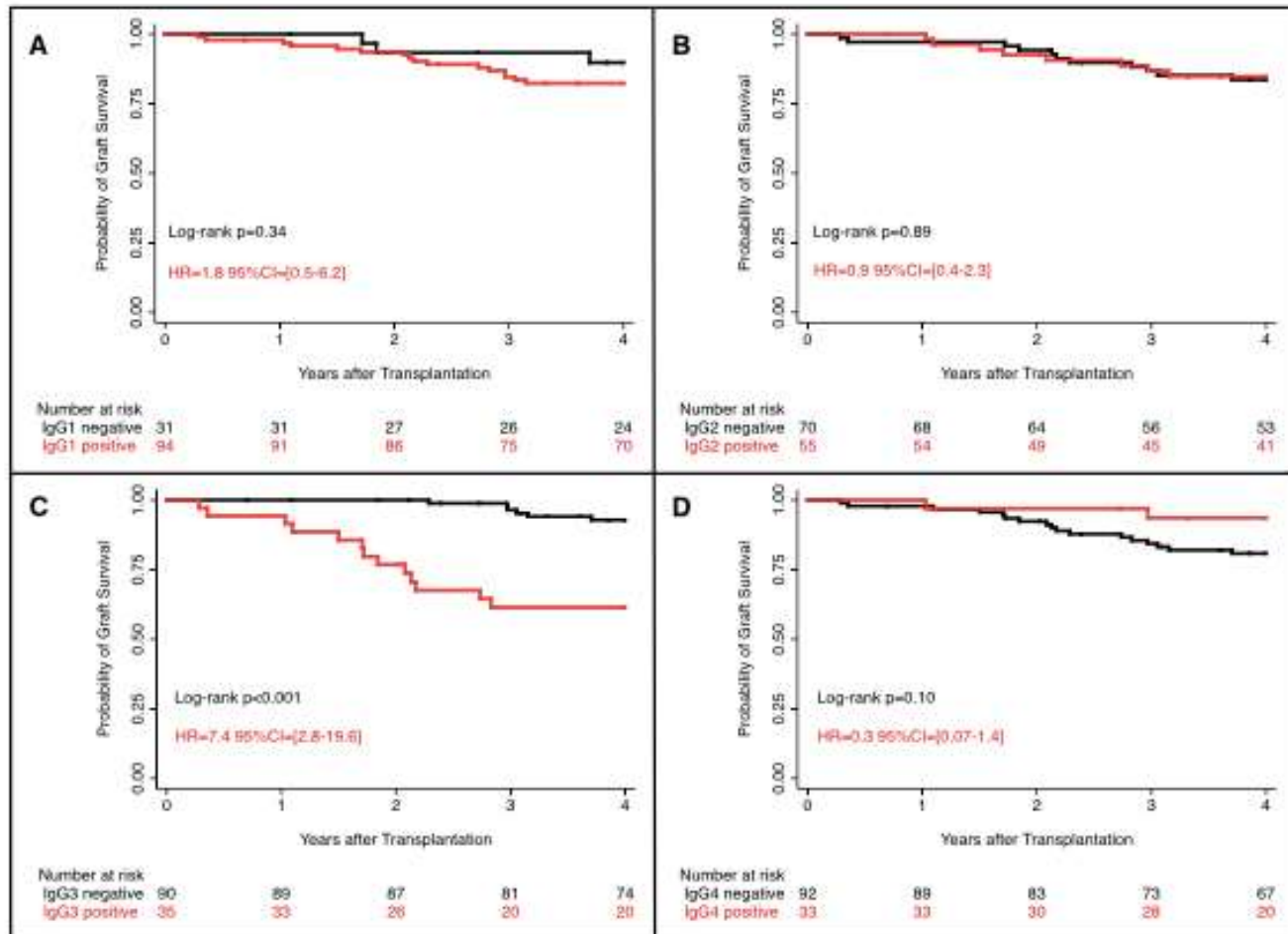
Выживаемость трансплантатов в зависимости от свойств антител

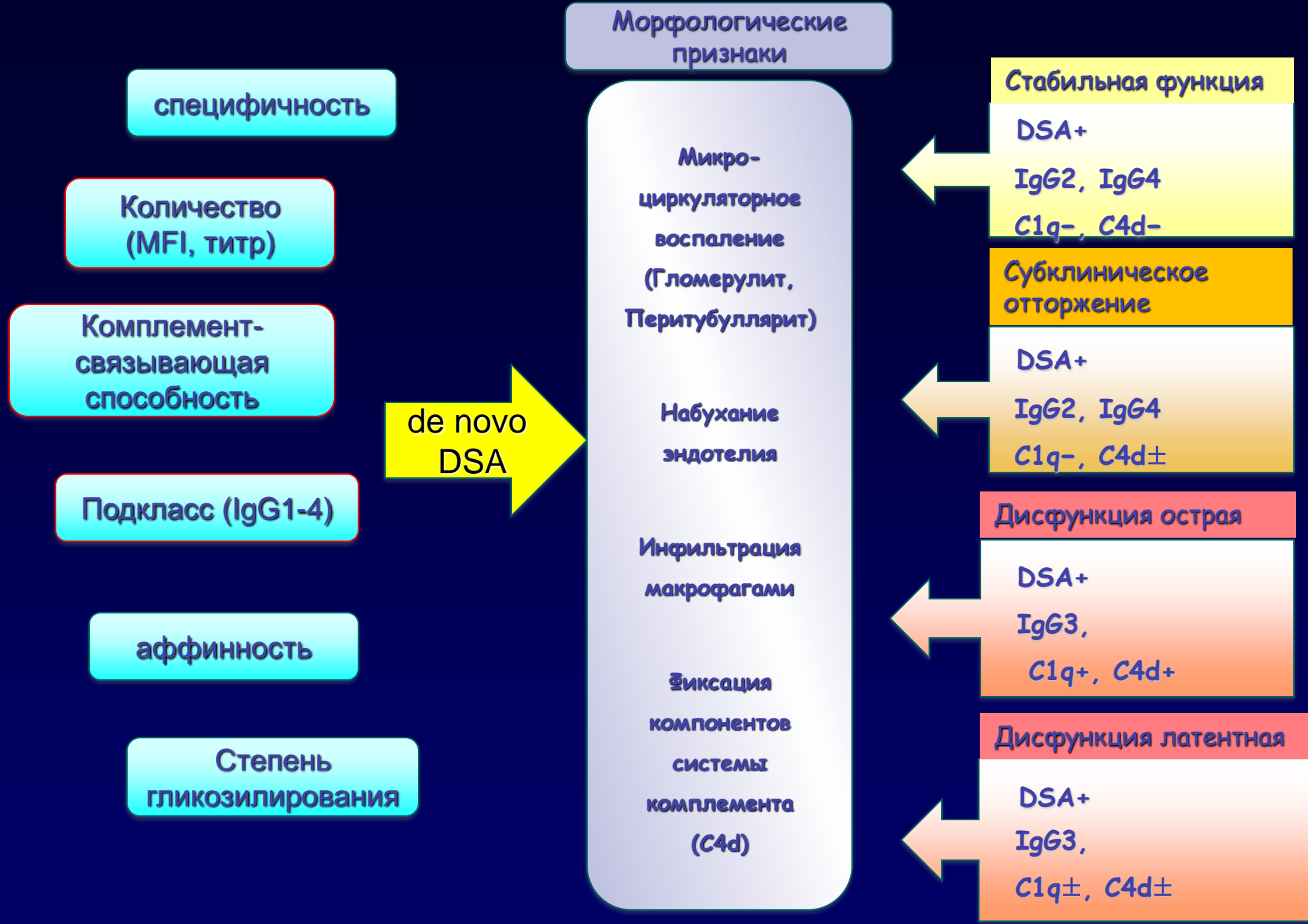


Выживаемость трансплантатов в зависимости от свойств антител

www.jasn.org

CLINICAL RESEARCH





Клиническая картина гуморального отторжения определяется текущей ИСТ

Клиническая картина	всего	Compliant	Non compliant
Острое повышение SCr	14	0	14
Протеинурия и/или медленный рост SCr	17	12	5
Бессимптомное течение	15	15	0

Клинико-морфологические варианты гуморального отторжения

	Позднее острое	Позднее «тлеющее»	Стабильная функция
креатинин	490ммоль/л	156 ммоль/л	56 ммоль/л
Срок (мес)	60	61	49
C4d+	80%	39%	57%
Тубулит/васкулит	2,0/0,1	0,54/0	0,35/0
cg	0.25	0.92	0
Субоптим ИСТ	100%	53%	6%
Потеря трансплантата	57%	40%	0

Correlations between donor-specific antibodies and non-adherence with chronic active antibody-mediated rejection phenotypes and their impact on kidney graft survival.

Malheiro J¹, Santos S², Tafalo S³, Dias L², Martins S⁴, Fonseca I⁴, Almeida M⁴, Pedroso S², Beirão I⁴, Castro-Henriques A⁴, Cabrita A².

	Частота отторжения (AMR)	Выживаемость трансплантатов	P
DSA-	12%	2,2 [1,4; na]	
DSA+ adherent	22%	2,6 [2,3;4,0]	NS
DSA+ non-adherent	53%	1,0 [0,3;1,6]	0,001

Лечение отторжения



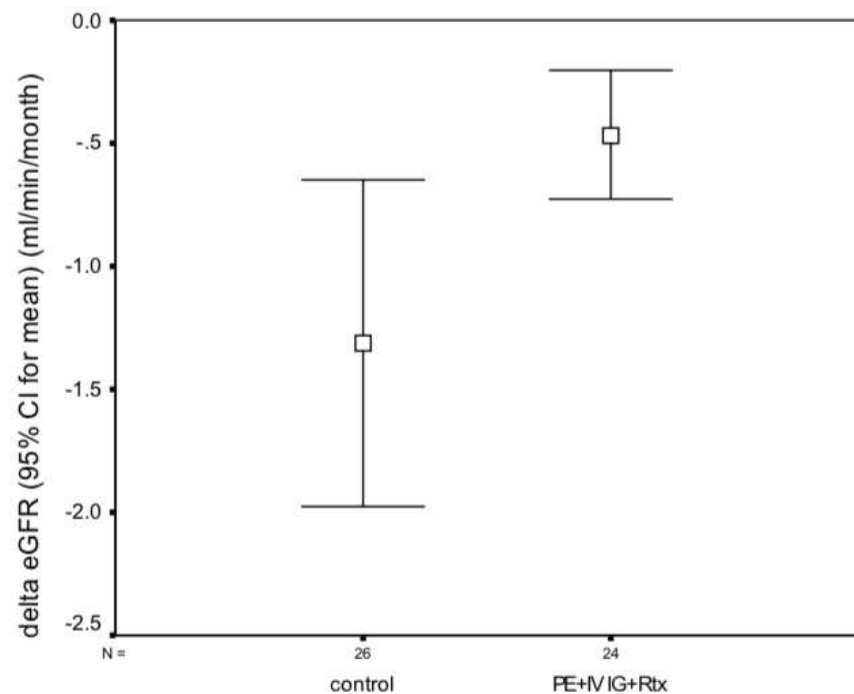
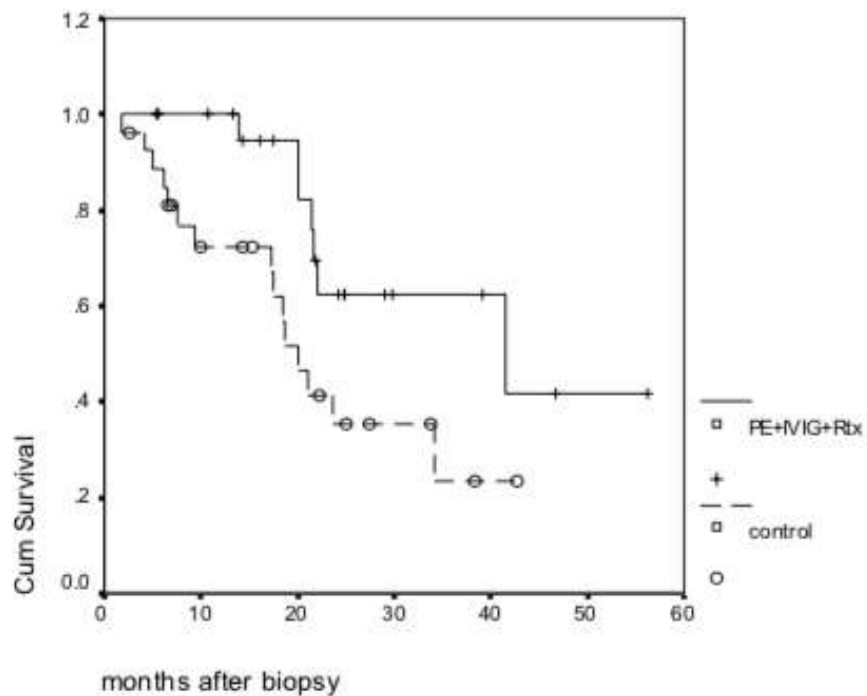
Эффективность терапии ВВИГ и Ритуксимабом при ХОТ

Author	N	PF	IVIg	RTX	Result
Billing et al ¹	6	No	1 g/kg weekly 4 weeks	375 mg/m ² weekly	Positive in four cases but no response in the two cases with more severe transplant glomerulopathy and more diffuse C4d deposits
Fehr et al ²	4	No	0.4 g/kg daily days 2-5	375 mg/m ² one dose	Functional improvement in the 4 cases, stable in 3 of them (1 case of acute humoral rejection)
Jordan et al ³	2	No	Unk dose	Unk dose	Decreased donor specific antibodies titles and decrease in proteinuria
Walser et al ⁴	9	6 sessions	30g	500 mg one dose	Only 1/9 functioning graft at 18 months

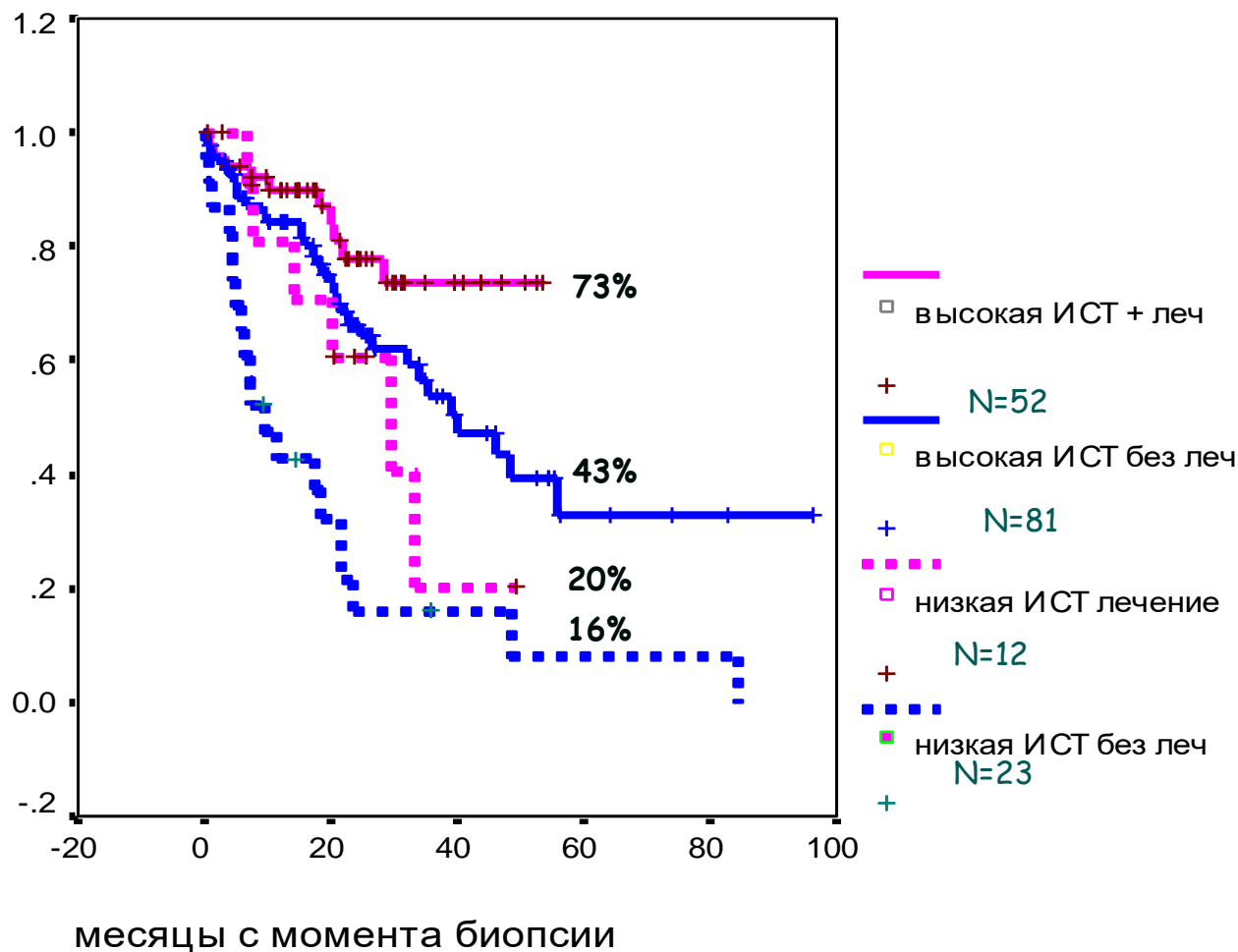
Лечение гуморального отторжения

- Плазмаферез № 6-7 с объемом замещения 1,5-2л и введением ВВИГ в дозе 0.1г/кг после каждого сеанса
- В/В иммуноглобулин (в суммарной дозе 1г/кг)
- Ритуксимаб 375 мг/м²
либо
- В/В иммуноглобулин - 2 г/кг
- Ритуксимаб 375 мг/м²

Эффективность терапии (ПФ+ВВИГ+Ритуксимаб) при гуморальном отторжении

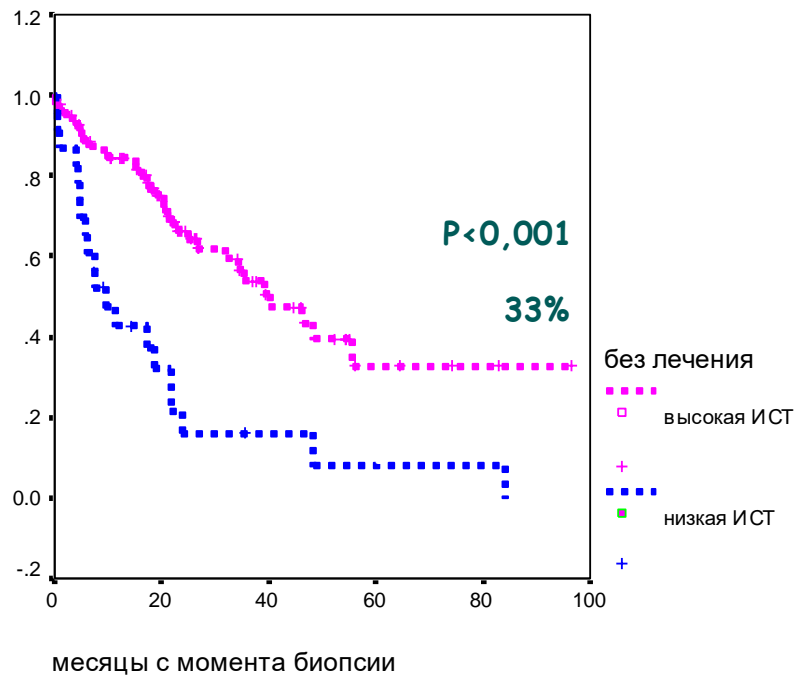


Значение лечения и поддерживающей ИСТ для прогноза гуморального отторжения

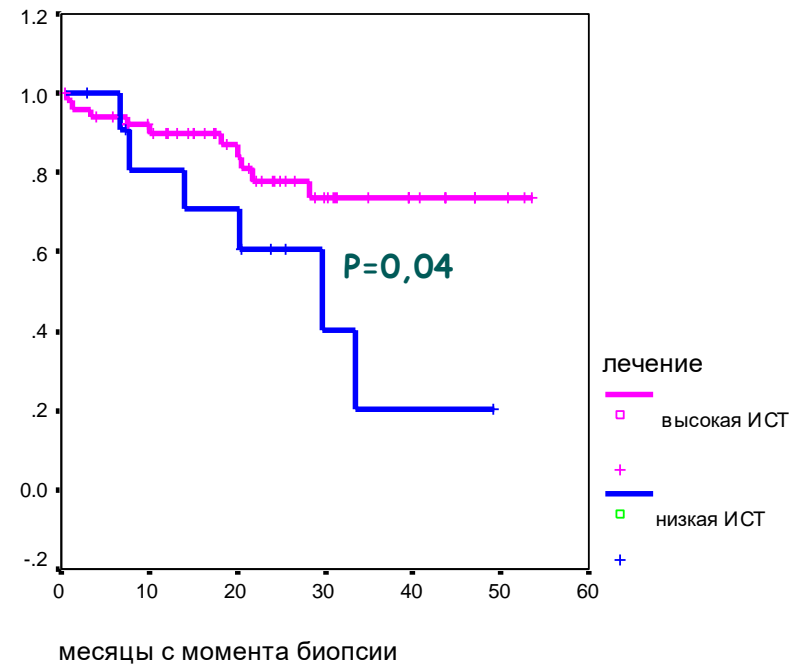


Значение поддерживающей ИСТ для прогноза гуморального отторжения

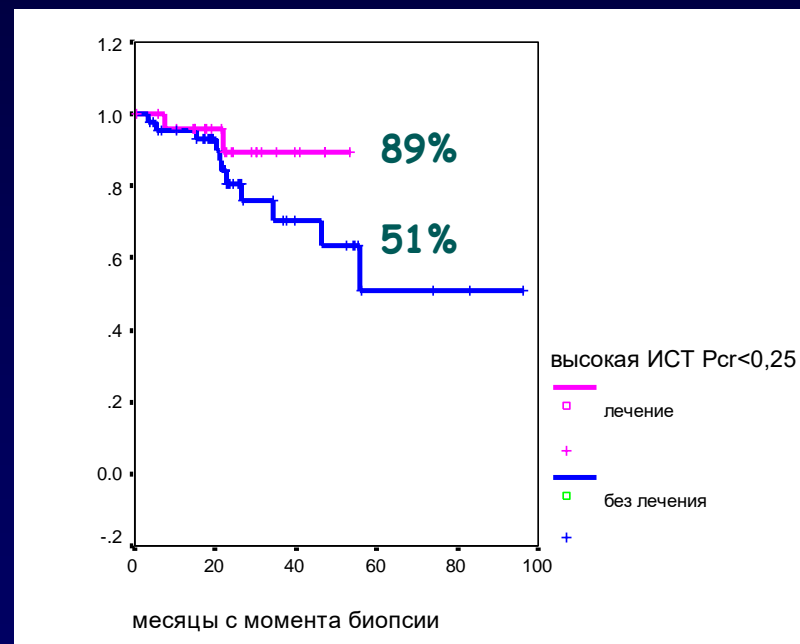
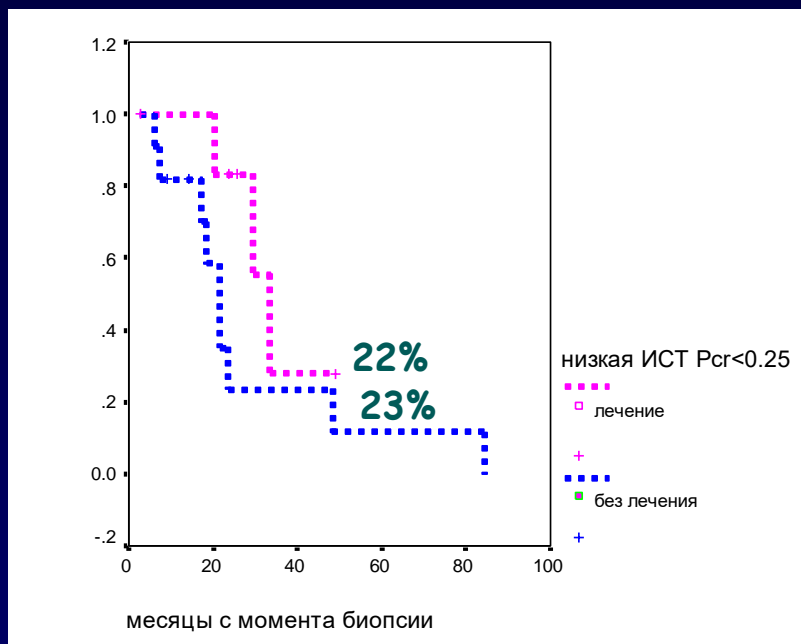
Не получавшие лечения



получавшие лечение
ТФ+ВВИГ+Рит

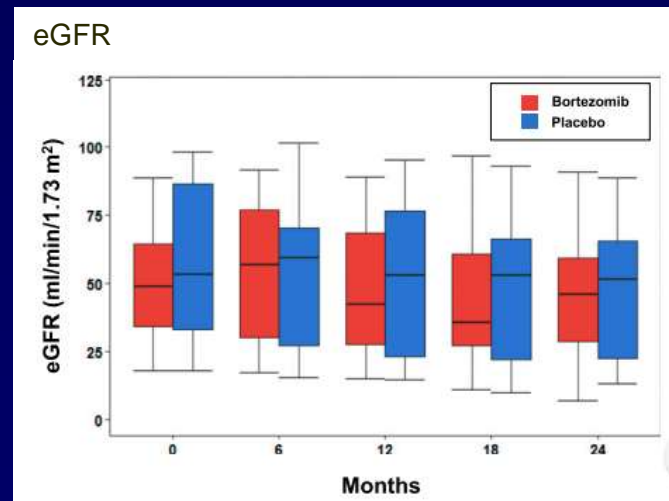
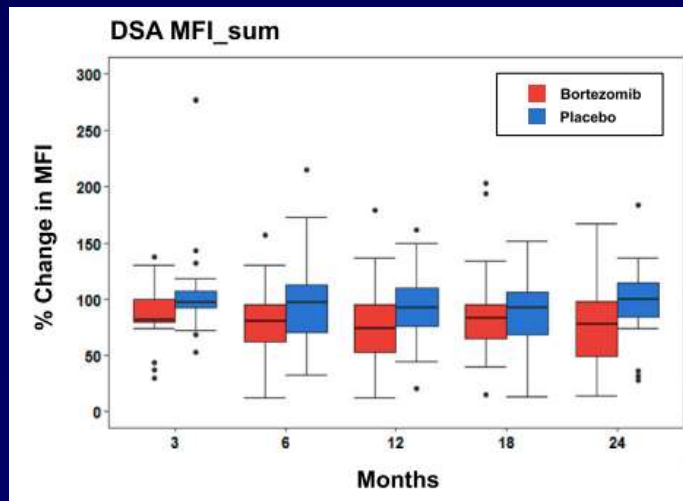
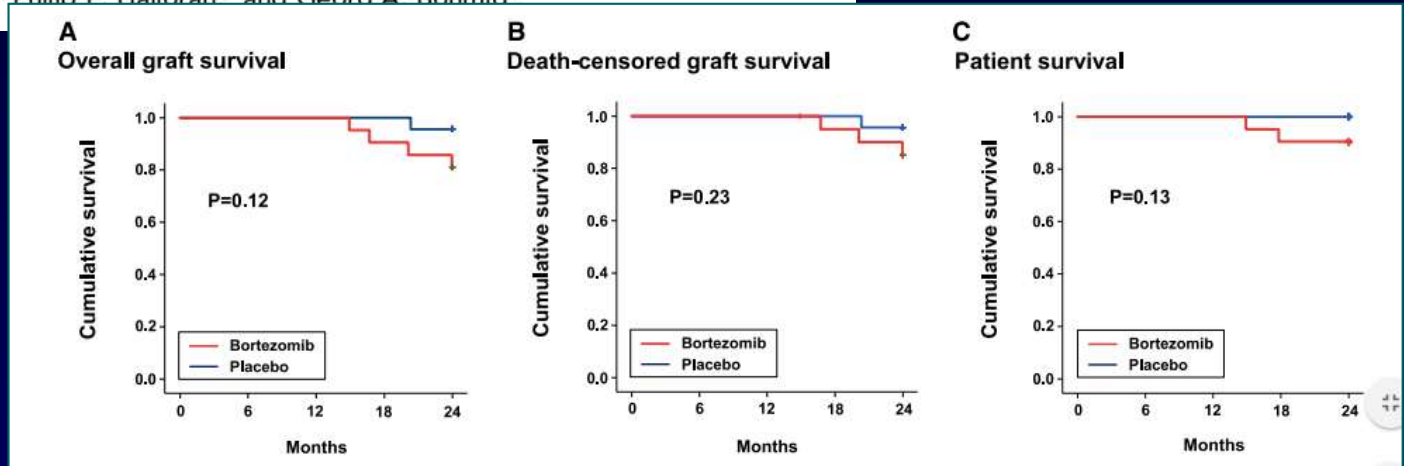


Результаты лечения в зависимости от поддерживающей ИСТ (при умеренно выраженной дисфункции)



A Randomized Trial of Bortezomib in Late Antibody-Mediated Kidney Transplant Rejection

Farsad Eskandary,¹ Heinz Regele,² Lukas Baumann,³ Gregor Bond,¹ Nicolas Kozakowski,² Markus Wahrmann,¹ Luis G. Hidalgo,⁴ Helmuth Haslacher,⁵ Christopher C. Kaltenecker,¹ Marie-Bernadette Aretin,⁶ Rainer Oberbauer,¹ Martin Posch,³ Anton Staudenherz,⁷ Ammon Handisurya,¹ Jeff Reeve,⁸ Philip F. Halloran,⁸ and Georg A. Böhm,¹



Диагностика и лечение гуморального отторжения



Раннее выявление гуморального отторжения

- Мониторинг уровня антител для раннего выявления de-novo DSA
- В случае выявления de-novo DSA выполнение биопсии с определением C4d
- При выявлении признаков острого гуморального отторжения - лечение с использованием ВВИГ, Ритуксимаба и ПФ