Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii od wielu lat widnieje na ogólnopolskiej mapie ośrodków transplantacji płuc. Pierwsze przeszczepienie miało miejsce w naszym szpitalu   
w 2015 roku. Program z roku na rok rozwijał się dynamicznie, jednak z powodu pandemii COVID-19 został zawieszony. Obecnie postanowiliśmy reaktywować Program Transplantacji Płuc. 23.01.2024 Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. Eugenii i Janusza Zeylandów uzyskało pozwolenie Ministra Zdrowia na przechowywanie i przeszczepianie płuc od dawców zmarłych, na okres 5 lat.

Opiekę i oficjalny patronat nad Programem Transplantacji Płuc w WCPiT objął *Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – AKH w Wiedniu – obecnie uważany za najlepszy program Transplantacji Płuc na świecie.*

**Transplantacja płuc to procedura wykonywana u pacjentów z ciężkim i nieodwracalnym uszkodzeniem narządu, u których wyczerpane zostały wszelkie dostępne możliwości leczenia.**

Przeszczepienie płuc można zaproponować tym chorym, u których występuje wysokie ryzyko zgonu w ciągu najbliższych 2 lat z powodu choroby płuc i którzy mają wysokie prawdopodobieństwo przeżycia co najmniej 5 lat po przeszczepieniu.

**Zgłoszenia potencjalnych biorców płuc** dokonuje lekarz prowadzący poprzez wypełnienie i przesłanie **KARTY ZGŁOSZENIA POTELNCJALNEGO BIORCY DO TRANSPLANTACJI PŁUC (załącznik na dole strony)** wraz ze skierowaniem do Oddziału Chorób Płuc (kod 4272).

e-mail: [transplantacjapluc@wcpit.org](mailto:transplantacjapluc@wcpit.org)

Jesteśmy jednym z niewielu ośrodków transplantacji płuc w Polsce, który ma możliwość kompleksowego przygotowania pacjenta do przeszczepu. W ramach pobytu Pacjenta w naszym Ośrodku wykonujemy większość badań wymaganych podczas kwalifikacji. Dlatego też podczas zgłoszenia pacjenta do kwalifikacji prosimy o informację, które z dodatkowych badań Pacjent miał do tej pory wykonane. Pozwoli nam to lepiej zaplanować hospitalizację w naszym Ośrodku (lista badań wymieniona w karcie zgłoszeniowej).

Przestrzegając zaleceń Międzynarodowego Towarzystwa Transplantacji Serca i Płuc prezentujemy przeciwwskazania i wskazania do kwalifikacji do transplantacji płuc. W przypadku jakichkolwiek pytań i wątpliwości prosimy o kontakt

e-mail: [transplantacjapluc@wcpit.org](mailto:transplantacjapluc@wcpit.org)

lub pod numerem telefonu

+48 732-431-246 dostępny w godzinach 7:30 – 15:30

**Przeciwwskazania do przeszczepu płuc**:\*

1. Brak chęci lub zgody pacjenta na przeszczepienie.

2. Nowotwór o wysokim ryzyku nawrotu lub zgonu.

3. Wskaźnik eGFR <40ml/min/1,73m2.

4. Ostry zespół wieńcowy lub zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 30 dni.

5. Udar w ostatnich 4 tygodniach.

6. Marskość wątroby z nadciśnieniem wrotnym lub z dysfunkcją wydzielniczą.

7. Ostra niewydolność wątroby.

8. Ostra niewydolność nerek z wzrostem stężenia kreatyniny lub wymagająca dializ z nikłym prawdopodobieństwem poprawy.

9. Wstrząs septyczny.

10. Aktywne zakażenie pozapłucne lub rozsiane.

11. Aktywne zakażenie gruźlicze.

12. Zakażenie wirusem HIV z wykrywalną wiremią.

13. Ograniczony stan funkcjonalny ze słabym potencjałem do rehabilitacji po przeszczepieniu.

14. Postępujące zaburzenia poznawcze.

15. Powtarzające się epizody niestosowania się do zaleceń bez oznak poprawy.

16. Czynne zażywanie lub uzależnienie od nikotyny i innych używek.

17. Inny ciężki niekontrolowany stan chorobowy, który może ograniczyć przeżycie po przeszczepieniu.

|  |
| --- |
| KRYTERIA SKIEROWANIA DLA POSZCZEGÓLNYCH JEDNOSTEK CHOROBOWYCH\* |
| PRZEWLEKŁA OBTURACYJNA CHOROBA PŁUC (POCHP) |
| * Wynik 5-6 w skali BODE z dodatkowym(i) czynnikiem(ami) sugerującym(i) zwiększone ryzyko zgonu: * częste zaostrzenia, * wzrost BODE > 1 w ciągu ostatnich 24 miesięcy, * stosunek średnicy tętnicy płucnej do średnicy aorty > 1 w badaniu tomokomputerowym, * FEV1 20-25% wn. * Pogorszenie stanu klinicznego pomimo maksymalnego leczenia obejmującego farmakoterapię, rehabilitację i tlenoterapię i nocną nieinwazyjną wentylację dodatnim ciśnieniem. * Niska jakość życia nie do zaakceptowania przez pacjenta. * W przypadku pacjenta, który jest kandydatem do bronchoskopowej lub chirurgicznej redukcji objętości płuc (LVR), właściwe jest jednoczesne skierowanie do przeszczepu płuca i oceny LVR. |
| CHOROBY ŚRÓDMIĄŻSZOWE PŁUC (ILD) |
| Skierowanie należy wystawić u pacjentów z rozpoznanym w badaniu histopatologicznym wzorcem UIP lub z radiograficznym pewnym lub prawdopodobnym wzorcem UIP, nawet jeśli leczenie jest dopiero rozpoczynane.   * Każda postać PF-ILD z FVC <80% lub DLCO < 40%. * Każda postać PF-ILD z jednym z następujących w ciągu ostatnich 2 lat:   ○ względny spadek FVC 10% wn.,  ○ względny spadek DLCO 15% wn.,  ○ względny spadek FVC 5% wartości należnej z nasileniem objawów lub progresją radiologiczną.   * Dodatkowe zapotrzebowanie na tlen w spoczynku lub podczas wysiłku. * W przypadku zapalnych postaci PF-ILD, progresja choroby (zarówno radiologiczna jak i pogorszenie czynności płuc) pomimo leczenia. * W przypadku pacjentów z chorobą tkanki łącznej lub rodzinnym zwłóknieniem płuc zaleca się wczesne skierowanie, ponieważ objawy pozapłucne mogą wymagać szczególnej uwagi. |
| MUKOWISCYDOZA (CF) |
| Spełnienie któregokolwiek z poniższych kryteriów (pomimo optymalnego postępowania medycznego, w tym próby leczenia modulatorami):   * FEV1 < 30%wn. u dorosłych (lub < 40% u dzieci). * FEV1 < 40%wn. u dorosłych (lub < 50% u dzieci) oraz którekolwiek z poniższych: * dystans <400 metrów w 6MWT, * PaCO2 > 50 mmHg, * hipoksemia w spoczynku lub podczas wysiłku, * nadciśnienie płucne, * pogorszenie stanu odżywienia pomimo suplementacji, * 2 zaostrzenia na rok wymagające dożylnych antybiotyków, * masywne krwioplucie (>240 ml) wymagające embolizacji tętnicy oskrzelowej, * odma opłucnowa. * FEV1 <50% z zauważanym szybkim spadkiem wydolności płuc lub nasilonym postępem objawów. * Każde zaostrzenie wymagające wentylacji z dodatnim ciśnieniem. |
| TĘTNICZE NADCIŚNIENIE PŁUCNE (PAH) |
| * umiarkowane lub duże ryzyko według kryteriów ESC/ERS lub wynik REVEAL≥8 pomimo odpowiedniego leczenia farmakologicznego. * Istotna dysfunkcja RV pomimo odpowiedniej terapii. * Konieczność leczenia prostacykliną dożylną lub podskórną. * Choroba postępująca pomimo odpowiedniego leczenia lub niedawne hospitalizacje z powodu pogorszenia. * Znane lub podejrzewane warianty wysokiego ryzyka, takie jak PVOD/PCH, twardzina układowa, duże i postępujące tętniaki tętnicy płucnej. * Objawy wtórnej dysfunkcji wątroby lub nerek. * Potencjalnie zagrażające życiu powikłania, takie jak nawracające krwioplucie. |

Na podstawie:

\*Leard LE, Holm AM, Valapour M, et al. Consensus document for the selection of lung transplant candidates: An update from the International Society for Heart and Lung Transplantation. J Heart Lung Transplant. 2021; 40(11): 1349–1379, doi: 10.1016/j.healun.2021.07.005