

Bedömning av donatorn

Kriterier för hjärtdonation

För att ett hjärterbjudande skall bli en hjärtdonation gäller att flera krav är uppfyllda. Den vård donatorn kräver innan och under det att organen tas tillvara kräver speciella kunskaper. Kraven innebär ej absoluta gränser, vilket till exempel gäller ålder. □□

Det finns en internationellt accepterad rekommendation vad gäller acceptabla donatorskriterier för hjärttransplantation (se nedan). Emellertid är det viktigt att varje donator måste bedömas individuellt och relateras till patienterna på väntelistan. Ibland är indikationen för hjärttransplantation urakut (ett s.k. urgent call har skickats ut) vilket betyder att recipientens tillstånd alltid måste vägas in bilden. Bedömningen om ett hjärta är lämpligt för donation måste därför alltid göras av en transplantationskirurg.

□ **Rekommenderade donatorskriterier**

(*Maximizing use of organs recovered from cadaver donor: cardiac recommendations.* Circulation 106:836-41, 2002):

□□ **Ålder.** > 55 år bör accepteras i selektiva fall till selektiva recipienter. □□

Vänsterkammar hypertrofi (LVH): Mild LVH (väggjocklek ≤ 13 mm mätt med UCG) utgör ingen kontraindikation för transplantation, fr.a. vid beräknad kort ischemitid. Om UCG visar LVH > 13 mm och EKG talar för LVH bör donatorhjärtat ej användas för transplantation. OBS! Det är viktigt att UCG bedöms av en van person för att utesluta ”pseudohypertrofi” p.g.a. underfylld vänsterkammare, vilket inte utesluter transplantation. □□

Klaff- och kongenitala hjärtanomalier: Vanligtvis kontraindikation för transplantation. I selekterade fall kan man tänka sig att i ”bänkkirurgi” innan transplantationen utföra mitralisplastik eller trikuspidalisplastik vid mild eller moderat läckage och slutning av ASD sekundum. □□

Kranskärslsjukdom (CAD) och koronarangiografi: De tidigare rekommendationerna att koronarangiografi ska göras på manliga donatorer >45 år och kvinnliga donatorer > 50 år har i senaste rekommendationerna liberaliserats något.

Nuvarande rekommendationer är följande: □

1. *Manlig donator 35 – 45 år och kvinnlig donator 35 – 50 år:* koronarangiografi bör utföras om det finns anamnes på ≥ 3 riskfaktorer för CAD, så som hypertoni, diabetes, rökning, dyslipidemi, eller anamnes på tidig utveckling av CAD i släkten. Även cocainmissbruk i dessa åldersgrupper rekommenderas koronarangiografi. □

2. *Manlig donator 46 – 55 år och kvinnlig donator 51 – 55 år:* Koronarangiografi rekommenderas. Finns inte tillgång till koronarangiografi kan man acceptera donatorhjärtat om det inte förekommer riskfaktorer på CAD enligt ovan. Helst bör man ålders och riskmatcha dessa hjärtan med recipienten.

□3. *Donator > 55 år:* Koronarangiografi rekommenderas starkt. Om inte angiografi kan utföras gäller samma rekommendationer som vid punkt 2. I denna åldersgrupp bör stor hänsyn tas till ev. riskfaktorer för CAD samt matchning mellan donator och högre riskrecipienter. □□

Vårdprogram hjärttransplantation, Donation

Donatorer med mild CAD kan accepteras till selekterade hög-riskpatienter. Enskilda transplantationsenheter har redovisat små patientserier där kranskärlskirurgi (CABG) gjorts vid transplantationstillfället med bra långtidsöverlevnad och 65% graft patency efter 2 år.

□ **Ultraljud av hjärtat (UCG):** Denna undersökning kan i dag utföras på de flesta donatorssjukhus för att utesluta vänsterkammardysfunktion, vänsterkammarmhypertrofi och anatomiska abnormaliteter. Det finns en relativt stark evidens på att unga donatorshjärtan med tecken på vänsterkammardysfunktion kan återfå en helt normal funktion efter transplantation. Viktigt att väga in andra hemodynamiska parametrar tillsammans med UCG-svaret då det finns en risk att UCG-bedömningen kan vara suboptimal och därmed riskera att man refuserar en hjärtdonator i onödan. □□

Hjärtspecifika enzymer: Hjärtspecifika enzymer (CK-MB och Troponin) betydelse i donatorsevalueringen är oklar. Viss evidens finns att förhöjda CK-MB värden är associerat med ökat behov av inotrop stöd efter transplantation och ökad rejektionsfrekvens. Låg evidens av korrelation mellan ökade enzymnivåer och tidig graftsvikt. □□

Hjärtrauma: Hjärtrauma med kraftigt förhöjda hjärtspecifika enzymer och UCG-verifierad hjärtdysfunktion är kontraindikation för transplantation. □□

Malignitet: Kontraindikation (undantaget hjärntumör) □□

Inotrop stöd: Infusion av inotrop stöd av högst 10 µg Dopamin eller motsvarande accepteras, men efter volym- och vätsketillförsel och vid normalt centralt venttryck skall hjärtat kunna prestera ett adekvat artärtryck utan högre doser än vad som angivits ovan (se kapitel 7 "Omhändertagande av donator"). □□

Infektion: Fullständig infektionsfrihet är nästan en omöjlighet hos en donator som legat några dagar i respirator. I de flesta fall utvecklas med tiden någon form av bakteriell infektion i bronkrädet eller urinen. Absolut krav är frihet från infektion vid insjuknandet, avsaknad av tecken på sepsis, och avsaknad av infektionstecken som feber, högt CRP, höga LPK eller positiva odlingar utan behandling