

Artigo resumido: Compath 1H allows low-dose cyclosporine monotherapy in 31 cadaveric renal allograft recipients.

R Calne, SD Moffatt, PJ Friend, N Janielson, JA Bradey, G Hale, J Firth, J Bradley, K Smith, H Waldmann

Transplantation 1999;68(10):1613.

Objetivos

Continuar testando um protocolo imunossupressor e potencialmente tolerogênico caracterizado por indução com um anticorpo monoclonal anti-CD 52 (compath 1H) e manutenção com monoterapia em baixas doses (ciclosporina neoral – CSA) em transplantes renais cadavéricos.

As bases clinico-experimentais do protocolo são: o encontro do antígeno (no caso o enxerto, TX) com um sistema imunoenfraquecido (depleção de linfócitos pelo monoclonal) e mantido assim com CSA.¹⁻³

Métodos

Foram estudados 31 receptores de 1º TX cadavéricos, 16 homens e 15 mulheres, com idade média de 43 anos (21-68), tratados com duas doses de compath 1H (20 mg/dose, EV), a primeira no momento da cirurgia (ou um pouco antes) e a segunda 24 horas depois, seguidas pela introdução da CSA (dose necessária para manter nível sanguíneo entre 15 e 125 ng/ml) 48 horas após a segunda dose do monoclonal. Além dos controles laboratoriais rotineiros, foi procedida a contagem de linfócitos no sangue periférico no dia 0 e aos 1, 3, 6, 9 e 12 meses.

Resultados

O tempo máximo de seguimento foi de 17 meses (junho de 1997 a novembro de 1998), ao contrário do referido no texto (28 meses). Todos os pacientes tiveram queda rápida e acentuada do número de linfócitos, com recuperação parcial nos 9 meses seguintes e completa aos 12 meses. Apenas 1 TX foi perdido (óbito do receptor 11 meses após a cirurgia, por causa cardíaca). Dos 30 restantes, 7 apresentaram complicações imunológicas (6 rejeição aguda e 1 recorrência de GN de Ber-

ger). Três dos 6 que rejeitaram tiveram o esquema imunossupressor alterado (adoção do esquema tríplice – CSA, AZA, PRED), com substituição da CSA por FK-506 em 1 caso, por razões não explicitadas. A função renal desses 7 pacientes foi pior que a dos restantes (Cr 2,6 x 1.5 mg/dl) e apenas duas complicações mais graves foram constatadas (doença citomegálica e tuberculose intestinal), ambas tratadas com sucesso.

Comentários

Os resultados até aqui são bem interessantes, por diversos motivos, entre eles o fato do protocolo ser simples (permitindo maior aderência do paciente), ser de baixo custo (manutenção com uma só droga e em doses baixas), estar livre de AZA e, principalmente, da PRED (e de seus efeitos colaterais) e ser eficaz (96% de sobrevida do TX e do paciente).

Um certo grau de cautela, contudo, é necessário, visto que o grupo não é de alto risco (nenhuma pré-sensibilização, apenas 2 diabéticos e todos primeiros transplantes), o tempo de seguimento é curto e o número de pacientes ainda é pequeno. O fato de 20% terem apresentado rejeição pode significar tanto “sub-imunossupressão” como tolerância imperfeita, mesmo sem saber se os 80% restantes conseguiram atingi-la. Em resumo, portanto, o potencial do estudo é excelente, o que obriga os autores a continuá-lo, aperfeiçoando-o (criar um grupo controle com imunossupressão convencional, por exemplo esquema tríplice) e caracterizar a tolerância via medida de reatividade dos linfócitos renascidos pós compath 1H *in vitro*, o que aliás é a idéia.

Eduardo Rubens F. Távora

Hospital Felício Rocho. Belo Horizonte, MG

Távora ERF - Resumos de Artigos: Transplante Renal

Referências

1. Calne RY. Progress Koward tolerance and xenografting. *Transpl Proc* 1997;29:16.
2. Knechtles, Vargo D, Fechner J, et al. FN 18 – CRM9, imunotoxin promotes tolerance in primate renal allografts. *Transplantation* 1997;63:1.
3. Calne RY, Sells RA, Pena JR, et al. Induction of immunological tolerance by porcine liver allografts. *Nature* 1969;223:472.