

## Darmfalen en -transplantatie

15 mei 2024

© Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg

---

### Hoe wordt het risico op acute cellulaire rejectie na een darmtransplantatie gemonitord?

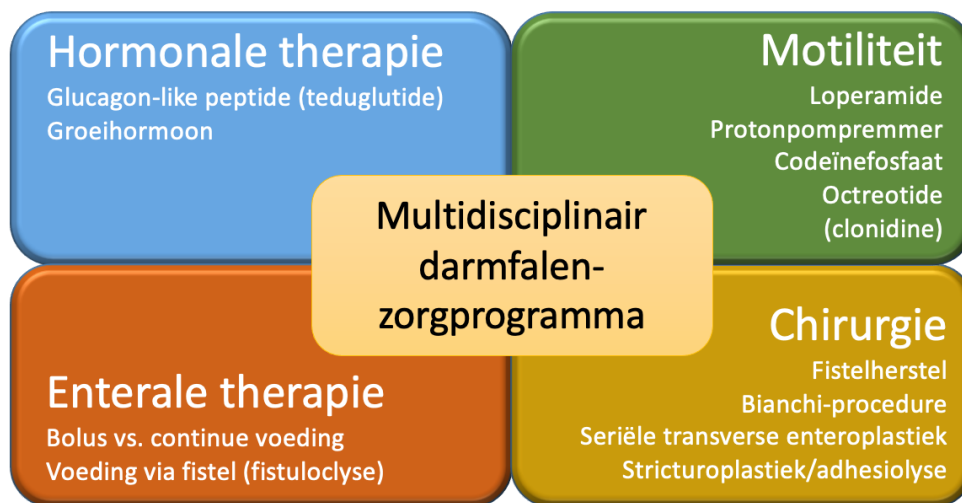
- a. Met behulp van de juiste medicatie is er amper kans op rejectie, monitoring is niet nodig
- b. Men kan enkel op basis van klinische tekens een rejectie vermoeden: hevige diarree, abdominale pijn en koorts
- c. Door tijdens de eerste weken na de transplantatie 2 tot 3 keer per week de biomerkers in het serum te bepalen
- d. Tijdens de eerste weken na de transplantatie neemt men 2 tot 3 keer per week een darmbiopt

---

Elk jaar zijn er patiënten die een groot deel van hun darm verliezen na een ongeval, een vasculaire trombose, een volvulus, repetitieve resecties in het kader van de ziekte van Crohn, enz. Daarnaast zijn er patiënten met functionele darmaandoeningen (bv. een chronische intestinale pseudo-obstructie), een afwijkende darmmotiliteit en een verminderde absorptie. Ten slotte zijn er ook kinderen met aangeboren absorptieafwijkingen (bv. microvillus-inclusieziekte en congenitale syndromale diarree). Al deze patiënten lijden aan darmfalen door een anatomisch of functioneel verlies van de darmfunctie.

De behandeling van darmfalen moet vroegtijdig en multidisciplinair worden beoordeeld in een gespecialiseerd centrum. De patiënten worden er geëvalueerd op de resterende darmfunctie, de functie van andere organen (voornamelijk de nier en de lever), de vasculaire toegang, het psychologische welzijn, enz. Het ultieme doel van deze strategie is intestinale rehabilitatie. In eerste instantie probeert men de resterende darmcapaciteit te gebruiken om een maximale hoeveelheid vocht en voedingsstoffen te absorberen door een aangepast dieet, antisecretoire medicatie (loperamide, codeïne, protonpompremmers, enz.), adjuvante hormonale therapie, parenterale nutritie op maat van de patiënt of een chirurgische autologe reconstructie van de resterende darm. Deze

chirurgische technieken hebben tot doel de darmlengte te maximaliseren en zodoende de absorptiecapaciteit te vergroten.



*Een multidisciplinair darmfalenzorgprogramma, zoals het Leuvense darmfalen- en darmtransplantatiecentrum (LIFT), heeft als doel om met de beschikbare natieve darm een maximale opname van vocht en voedingsstoffen te bekomen.*

Indien er, ondanks deze intensieve behandelingsopties, nog steeds onvoldoende nutriënten kunnen worden opgenomen (enteraal of intraveneus) of als de patiënt leverfibrose of een levensbedreigende infectie ontwikkelt, komt deze in aanmerking voor een darmtransplantatie (DTx).

Een DTx wordt door velen beschouwd als de meest complexe transplantatie. Vooreerst is de darm heel gevoelig voor schade (ischemie) wanneer deze uit de donor genomen wordt (de darmmucosa sterft af). Door het orgaan opnieuw te bevloeien (reperfusie) wordt het eigen immuunsysteem via een inflammatoir proces geactiveerd, wat de schade nog vergroot. Eigen aan de darm is dat dit schadelijke proces van ischemie-reperfusie ook gepaard gaat met een translocatie van bacteriële producten (bv. endotoxine) naar de bloedbaan. Dit kan aanleiding geven tot sepsis en multipel orgaanfalen.

De darm is bovendien het meest gevoelige orgaan voor afstoting. Dat komt door de blootstelling van de darm aan bacteriën, wat aan de basis ligt van de sterke afweerreactie van de darm. Een DTx houdt een groot risico in op acute cellulaire rejectie (50%) met mucosaverlies en een toename van de darmpermeabiliteit. Dit uit zich klinisch in hevige diarree, abdominale pijn en koorts. Het gebrek aan accurate biomerkers maakt dat men in de eerste weken na de transplantatie 2 tot 3 keer per week een darmbiopt zal nemen om een dergelijke rejectie tijdig te detecteren. Een vroege diagnostiek en een onmiddellijke behandeling (verhoging van de immunosuppressiva, hoge dosissen steroïden, antithymocytenglobulinen,

enz.) zijn cruciaal. Daarnaast is het rijke lymfoïde systeem van de darm ('gut-associated lymphoid tissue' met de Peyer-platen, intra-epitheliale lymfocyten en mesenterische lymfeklieren) een belangrijke uitlokkende risicofactor van GVHD.

Het gevolg hiervan is dat DTx-patiënten levenslang afhankelijk zijn van hoge doses immunosuppressiva. Deze medicatie heeft echter belangrijke bijwerkingen, zoals levensbedreigende infecties (bv. *Aspergillus*), nierbeschadiging en een verhoogd risico op maligniteiten.



Meer weten over dit onderwerp?

Bekijk dan de oorspronkelijke bijdrage in TvGG:

[Darmtransplantatie: van een experimentele procedure tot een levensreddende behandelingsoptie voor patiënten met gecompliceerd darmfalen](#)

Auteur(s): L.J. CEULEMANS, T. VANUYTSEL, E. CANOVAI, M. HIELE, D. MONBALIU, J. PIRENNE

DOI: 10.47671/TVG.77.20.153

---

Deze publicatie bevat illustraties, foto's, afbeeldingen, lay-out van documenten, grafische ontwerpen, tekst, lettertypen en andere informatie (hierna "Inhoud" genoemd). Deze publicatie en alle Inhoud zijn het auteursrechtelijk eigendom van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw. Alle rechten op deze Inhoud zijn wereldwijd voorbehouden. Het is strikt verboden de Inhoud of een deel daarvan te behouden, kopiëren, distribueren, publiceren, of gebruiken zonder voorafgaande en uitdrukkelijke toestemming van Tijdschrift voor Geneeskunde vzw.