hepatologie
prof. dr. Jef Verbeek, prof. dr. Chris Verslype,
prof. dr. Wim Laleman, prof. dr. Hannah van Malenstein,
prof. dr. Schalk van der Merwe,
prof. dr. David Cassiman,
em. prof. dr. Frederik Nevens

abdominale transplantatie
prof. dr. Jacques Pirenne, prof. dr. Diethard Monbaliu,
prof. dr. Ina Jochmans, dr. Mauricio Sainz Barriga
prof. dr. Albert Wolthuis*, dr. Thomas Douchy*,
dr. Halit Topal*, dr. Caroline Boelhouwer*,
dr. Valerio De Peppo*, dr. Antoine Dubois*,
dr. An-Lies Provoost*, dr. Cédric Schraepen*,
dr. Jan Van Slambrouck*, dr. Laurence Verstraeten*
tot 2025
*prelevatiechirurgie

medische intensieve geneeskunde
prof. dr. Alexander Wilmer, dr. Philippe Meersseman,
prof. dr. Joost Wauters, prof. dr. Marijke Peetermans,
prof. dr. Greet Hermans

anesthesiologie
prof. dr. Geertrui Dewinter, dr. Gert-Jan Eerdekens

intensieve geneeskunde
prof. dr. Geert Meyfroidt, prof. dr. Yves Debaveye,
prof. dr. Jan Gunst, prof. dr. Greet De Vlieger,
dr. Astrid De Bruyn

radiologie
prof. dr. Geert Maleux, prof. dr. Vincent Vandecaveye,
dr. Dirk Vanbeckevoort, dr. Eveline Claus,
dr. Lawrence Bonne, dr. Bram Miseur,
Walter Coudyzer

HILA
medisch verantwoordelijken
em. prof. dr. Marie-Paule Emonds tot 2025,
dr. Johan Beert, apr. biol. Ina Benoy,
dr. An Joosten
verantwoordelijke orgaantransplantatieprogramma
Steffi De Pelsmaeker

pathologische ontleedkunde
prof. dr. Tania Roskams, dr. Sophie Pirenne

teams OKa – perfusie – ITE – hospitalisatie
Liesbeth De Meyer, Laura De Bruyne, Karlien Degezelle,
Tom Van Loon, Marine Hanon, Micha Vos,
Marthe Janse, Carine Breunig, Viona Luyts,
Anaïs Desmet

verpleegkundig consulent
Céline Nuyts, Ine Van Rossom tot 2025

clinical support manager
Sofie Vets

quality & research manager
Claire Evers

transplantatiecoördinatie
Delphine Kumps – verantw. transplantatiecoördinator
levertransplantatieprogramma,
Ine Van Rossom vanaf 2025 - back up,
Karen Denaux, Nele Grossen,
Pol Hendrikx, Vincent Vandenbossche

sociaal werker
Kathleen Remans

kinesitherapist
Leen Schepers, Margaux Segal

psycholoog
Tania Rogach, Wout Van Der Borght

dietist
Yasna Overloop, Nelle Pauwels, Manou Schouteden

fysisch geneesheer
dr. Sofie Leunis

zorgcoördinator
Lieze Vrancken

Zorgprogramma levertransplantatie

In 2025 werden er in totaal 88 levertransplantaties uitgevoerd binnen ons centrum. De overlevingscijfers, die zowel nationaal als internationaal worden gebenchmarkt (zie figuur onderaan deze pagina), zijn uitstekend.

Binnen ons programma staan multidisciplinaire zorg en samenwerking centraal. Binnen de nationale conventie van abdominale transplantatie krijgen patiënten vanaf het moment van plaatsing op de wachtlijst tot 2 jaar na transplantatie terugbetaalde toegang tot aanvullende ondersteuning door ons Allied Health Professional-team bestaande uit een sociaal assistent, diëtist, psycholoog, ergotherapeut en kinesist. Deze aanpak is gericht op optimale voorbereiding voor de transplantatie, verbetering van het postoperatief herstel en bevordering van de levenskwaliteit.

De toenemende groep van patiënten getransplanteerd omwille van leverschade in kader van het metabool syndroom (MASLD) onderstreept verder het belang van deze multidisciplinaire aanpak. Het aantal patiënten ouder dan 70 jaar op het moment van levertransplantatie blijft groeien, met een aandeel van 22% in 2025. Dus ook bij geselecteerde oudere patiënten kan levertransplantatie een haalbare en waardevolle behandeling zijn.

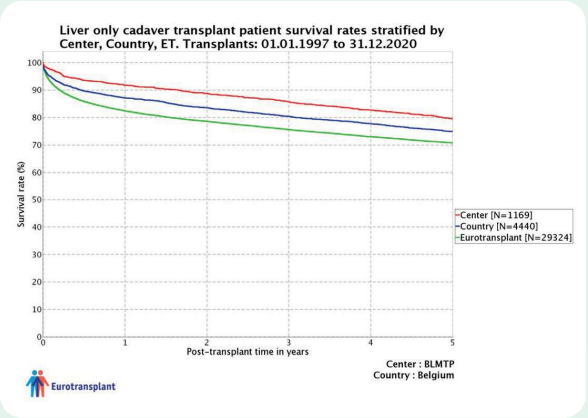
Naar aanleiding van internationale studies is in 2025 een nationaal protocol ontwikkeld voor levertransplantatie bij patiënten met levermetastasen van een colorectale tumor, waarbij alleen nog maligne afwijkingen in de lever aanwezig zijn. De eerste patiënten werden volgens de strikte criteria binnen dit protocol getransplanteerd en de resultaten zullen we op nationaal niveau nauwgezet opvolgen.

Sinds vorig jaar wordt binnen Eurotransplant de leverallocatie niet langer bepaald door de klassieke MELD-score, maar gebeurt dit op basis van de natrium MELD-score (Na-MELD). De reden hiervoor is dat de natrium MELD-score beter de ernst van het leverlijden weergeeft, omdat een verlaagde natriumwaarde in het bloed een belangrijke voorspeller is van een slechtere prognose bij patiënten met leverfalen.

De trend van het gebruik van DCD-donoren zet zich verder door. Inmiddels wordt bij meer dan 60% van onze levertransplantaties een DCD-donor gebruikt. Dankzij machineperfusie (D-HOPE) kunnen postoperatieve complicaties, zoals ischemische cholangiopathie, worden gereduceerd bij deze DCD-donorlevers, die anders in vele gevallen niet zouden kunnen worden gebruikt. Het is daarom van essentieel belang dat er in België terugbetaling wordt bekomen voor de inzet van machineperfusie, om zowel onze aantallen als de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Met de gezamenlijke inzet en toewijding van ons volledige team, dat steeds de hoogste kwaliteit nastreeft, kijken we vol enthousiasme uit naar de mijlpaal van de 2 000ste levertransplantatie binnen ons centrum in 2026.

5 jaarspatiëntenoverleving 1997-2020 na levertransplantatie in UZ Leuven in vergelijking met Eurotransplant en België (in de cijfers van België en ET zitten ook de cijfers van UZ Leuven vervat).
Bron: Eurotransplant



Voor meer informatie en contactgegevens kunt u terecht op de website van het transplantatieprogramma UZ Leuven: www.uzleuven.be/nl/levertransplantatie

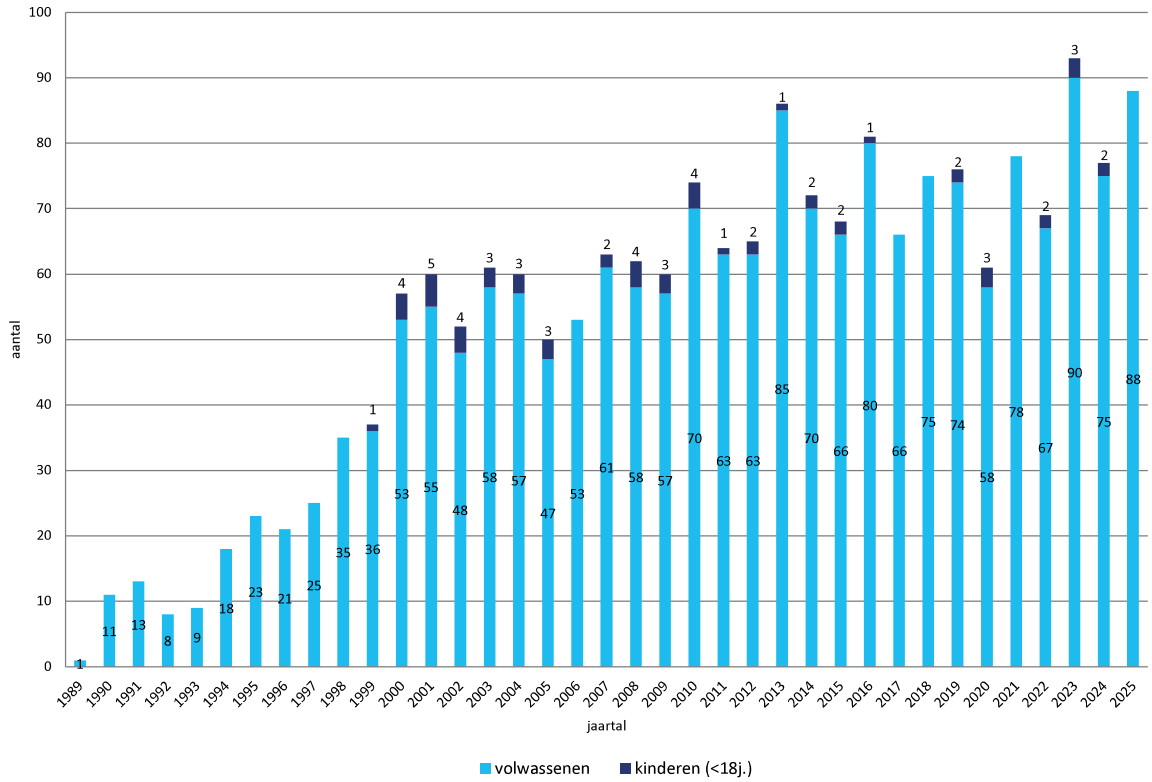


LEVERTRANSPLANTATIE

TRANSPLANTATIEACTIVITEITEN

In ons centrum worden er jaarlijks gemiddeld ongeveer 80 levertransplantaties uitgevoerd. In 2025 waren er dit 88 en dit maakt een totaal van 1 972 levertransplantaties sinds de start van het levertransplantatieprogramma in 1989.

Figuur 2.4 Aantal levertransplantaties 1989-2025 UZ Leuven



RECEPTOREN

ETIOLOGIE

De indicaties voor levertransplantatie zijn heel divers.

Tabel 2.1 geeft de belangrijkste etiologie van het onderliggend leverlijden van onze patiënten weer, welke mede gebaseerd is op het anatomo-pathologisch verslag van de geëxplanteerde lever. De meest voorkomende indicatie blijft nog altijd post-alcohol-gerelateerde cirrose, al of niet gecombineerd met een primaire leverkanker (hepatocellulair carcinoom oftewel HCC).

Volgende tabel geeft de verschillende indicaties voor levertransplantatie weer voor ons totaal cohort.

Tabel 2.1 Indicatie levertransplantaties 1997-2025 UZ Leuven (n=1868)

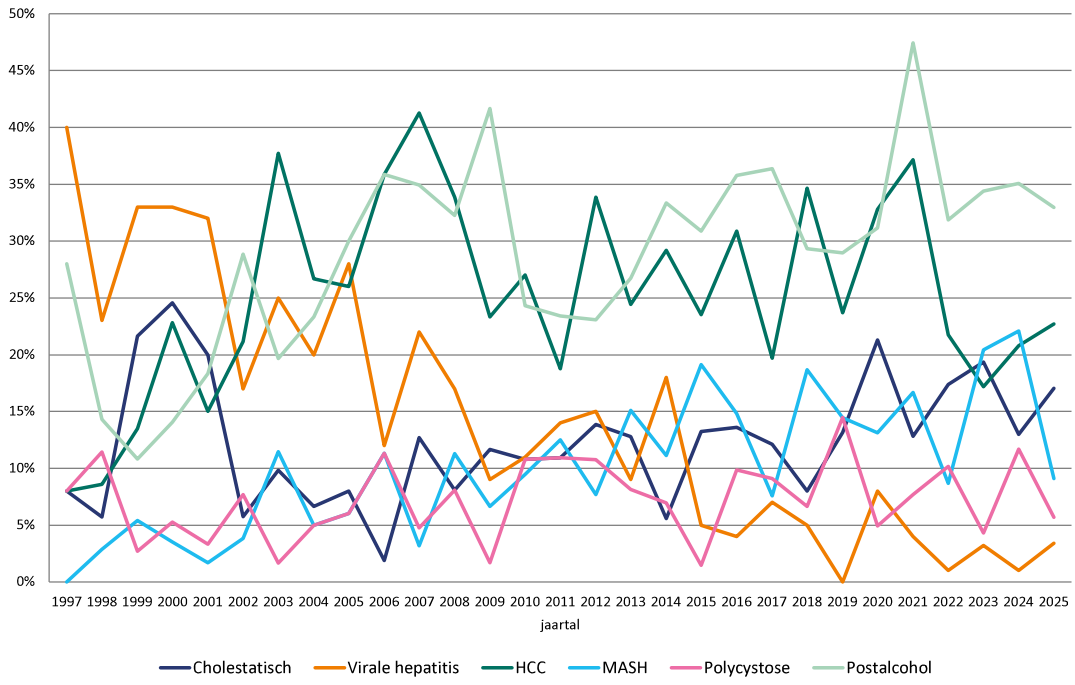
Indicatie	aantal sinds 1997	%
HCC in cirrotische lever	471	25%
Maligniteit (andere)	54	3%
Colorectale metast.	5	
NET	8	
Andere	41	
Virale hepatitis	204	11%
HCV zonder HCC	50	
HCV met HCC	87	
HBV zonder HCC	35	
HBV met HCC	29	
Postalcohol	535	29%
Zonder HCC	327	
Met HCC	198	
Cholestatisch	177	9%
PBC	49	
PSC	92	
Andere chol.	36	

Indicatie	aantal sinds 1997	%
ALF/HU	139	7%
Polycystose	132	7%
Kinderen < 18 jaar	56	3%
MASH	191	10%
MASH Zonder HCC	108	
MASH Met HCC	83	
ReTX	131	7%
Vroegtijdig	34	
Laattijdig	97	
Andere indicaties	255	14%
Alpha-1-ATD	31	
Biliaire atresie en Caroli	20	
Chronische autoimmuun hep.	18	
Cystic fibrosis	16	
Hemochromatose	12	
Rendu-Osler-Weber	12	
Diverse indicaties*	146	

* diverse metabole aandoeningen, congenitale leveraandoeningen, niet-cirrotische portale hypertensie, ...

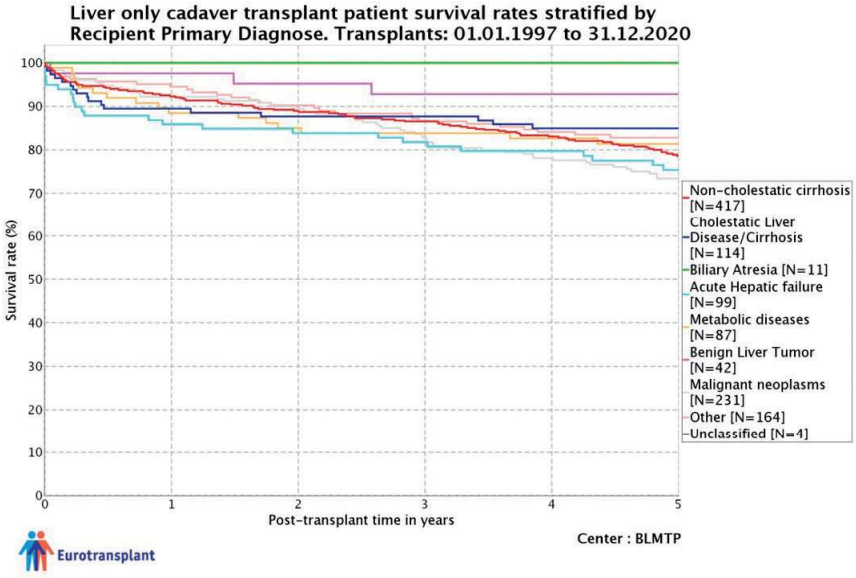
Er is echter een duidelijke evolutie waarneembaar in de indicaties voor levertransplantatie. We zien een duidelijke afname van het aantal transplantaties omwille van virale hepatitis, terwijl het aantal transplantaties omwille van MASLD (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease) / MASH (metabolic dysfunction-associated steatohepatitis) over de jaren heen blijft toenemen.

Figuur 2.5 Evolutie van indicaties voor levertransplantaties 1997-2025 UZ Leuven



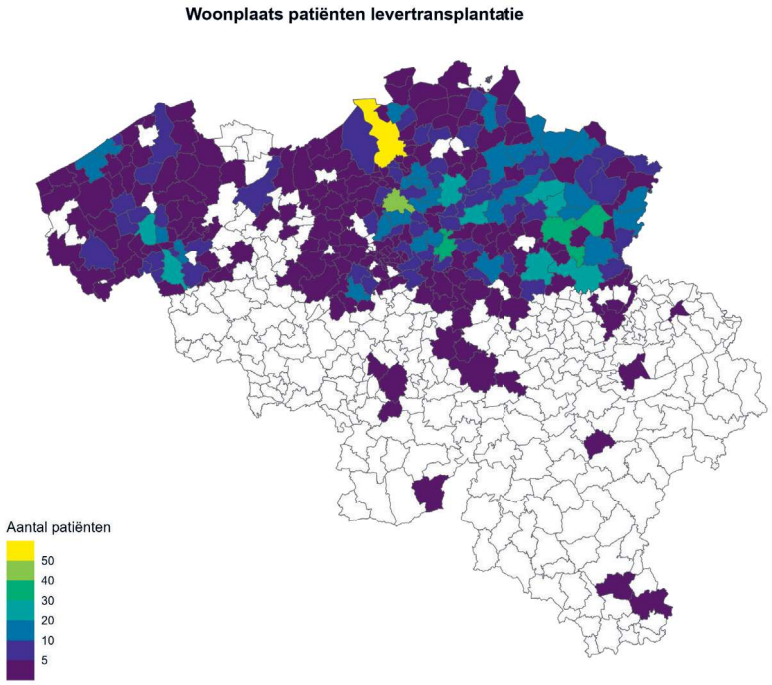
De resultaten blijven uitstekend binnen ons centrum zoals te zien op onderstaande figuur.

Figuur 2.6 5 jaarspatiëntenoverleving (1997-2020 alle indicaties – solitaire levertransplantaties 'risk unadjusted') van UZ Leuven per hoofdindicatie – Bron Eurotransplant



GEOGRAFISCHE HERKOMST RECEPTOREN

Figuur 2.7 Geografische herkomst leverreceptoren sinds de aanvang van het transplantatieprogramma*

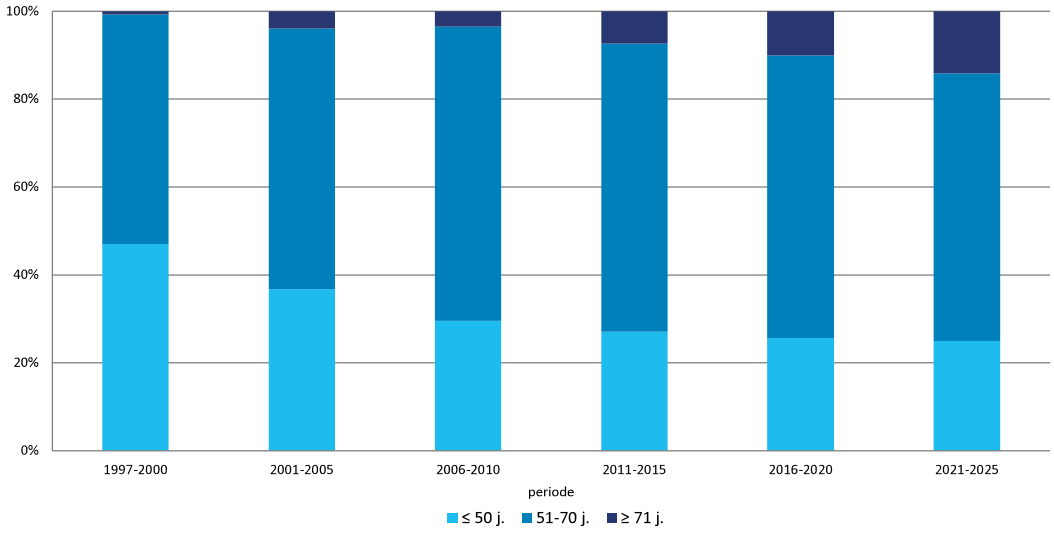


* Daarnaast zijn er nog 48 patiënten die in Nederland wonen, 1 patiënt in Frankrijk en 1 patiënt in Luxemburg.

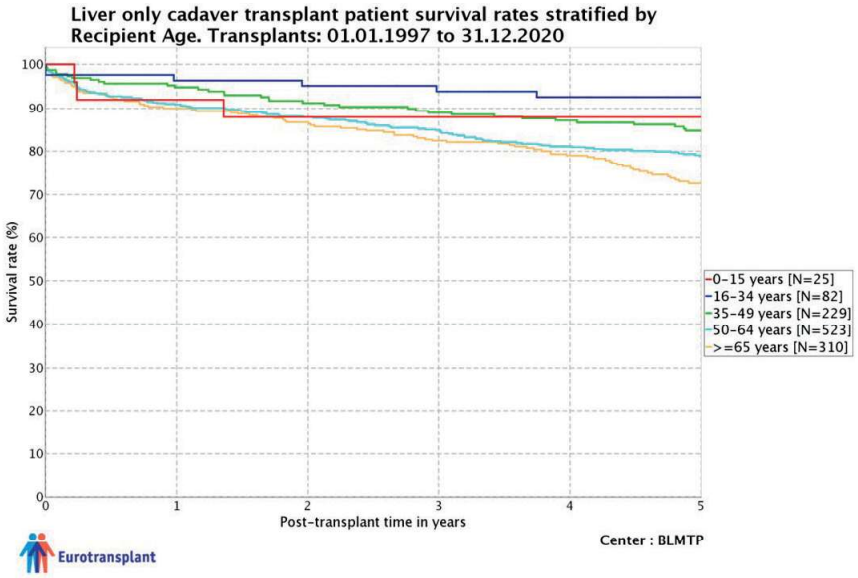
LEEFTIJDSVERDELING VAN DE RECEPTOREN OP MOMENT VAN TRANSPLANTATIE

De laatste jaren worden bijna 80% van de levers getransplanteerd bij receptoren die ouder zijn dan 50 jaar. Dit blijft de belangrijkste groep. De groep van 70+ receptoren blijft stijgen en was het laatste jaar 22%. Ondanks deze stijging van leeftijd van de receptoren, blijven we goede resultaten behalen bij de overleving van deze patiënten. De 5 jaarsoverleving van de 70+ receptoren blijft rond 70%.

Figuur 2.8 Leeftijdsverdeling receptoren op moment van levertransplantatie 1997-2025 per periode (n=1 868)



Figuur 2.9 5 jaarspatiëntenoverleving (1997-2020 alle indicaties – solitaire levertransplantaties 'risk unadjusted) van UZ Leuven per leeftijdscategorie van de receptor - Bron: Eurotransplant

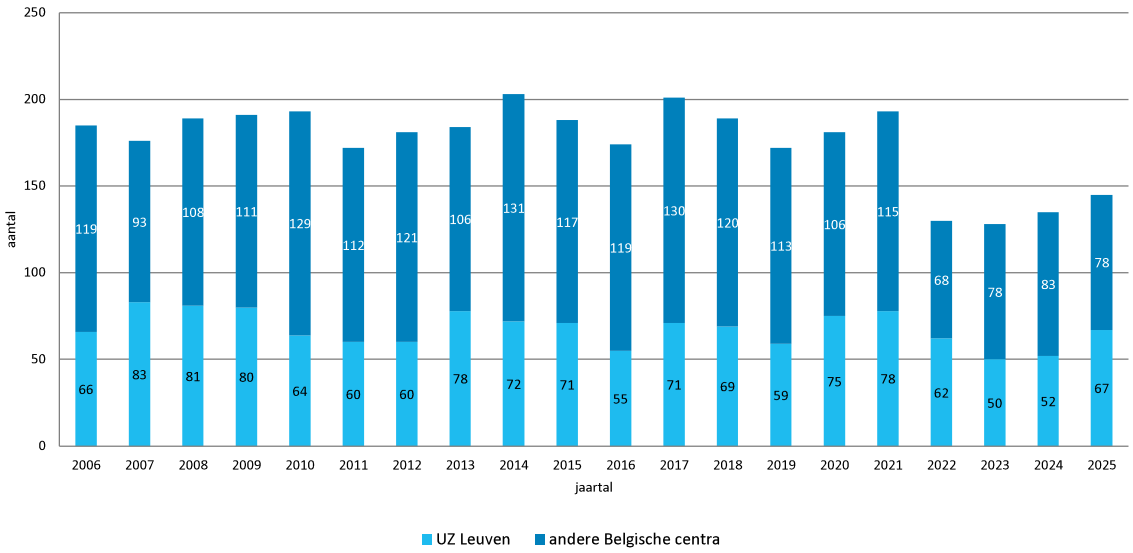


WACHTLIJSTGEGEVENS

ACTIEVE WACHTLIJST IN BELGIË EN UZ LEUVEN

Op 31/12/2025 stonden er in België 145 patiënten op de actieve wachtlijst voor een levertransplantatie. Hiervan stond 46,2% (67 patiënten) op de wachtlijst in ons centrum. Een deel van deze patiënten hebben een NT status, zoals bijvoorbeeld HCC-patiënten waarbij een recidief wordt afgewacht.
Het lagere aantal patiënten op de wachtlijst in België de afgelopen 4 jaar is mede te verklaren door een toename in het aantal donoren alsook de levertransplantatie-activiteit in België de voorbije jaren.

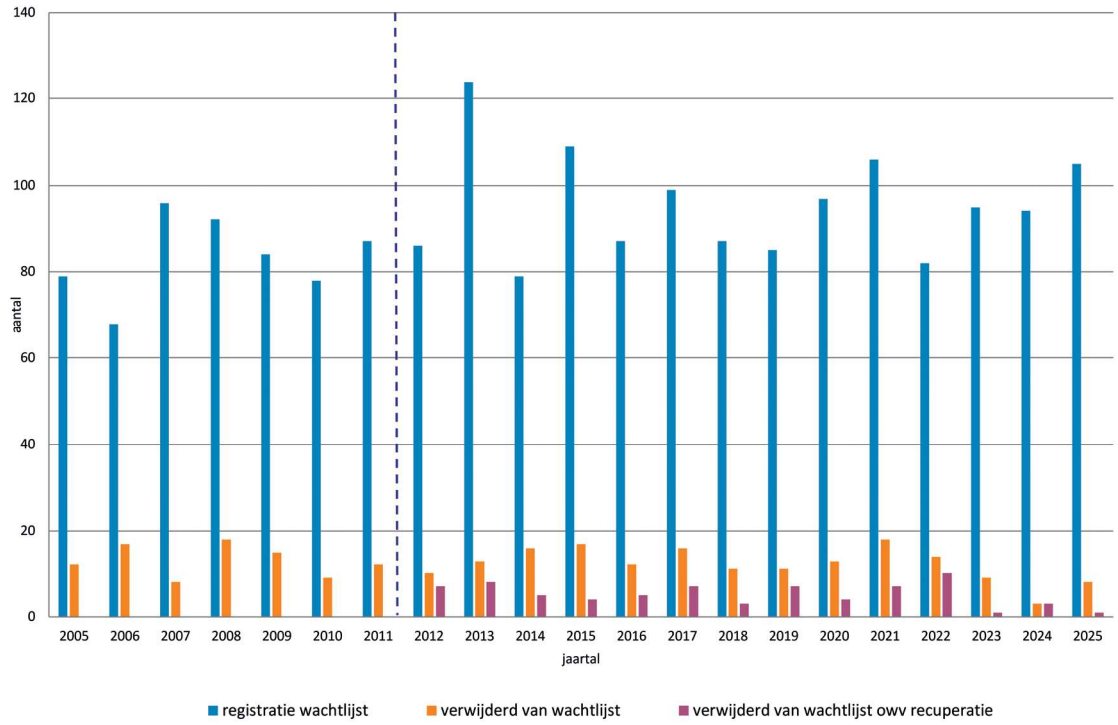
Figuur 2.10 Evolutie aantal actieve patiënten in België op de leverwachtlijst bij Eurotransplant sinds 2006, UZ Leuven in vergelijking met de rest van de Belgische levertransplantatiecentra (in totaal 6 levertransplantatiecentra in België)



REGISTRATIE EN OVERLIJDEN OP DE WACHTLIJST

In 2025 hebben we 105 nieuwe patiënten op de wachtlijst bij Eurotransplant geregistreerd. Spijtig genoeg waren er 4 patiënten waarvoor er niet tijdig een lever werd gevonden. Voor 3 andere patiënten was de wachttijd te lang waardoor hun medische toestand te slecht was geworden voor een levertransplantatie (tumorprogressie/ onstabiele toestand). Deze patiënten werden geschrapt van de wachtlijst. Eén patiënt werd van de wachtlijst verwijderd omdat de leverfunctie danig recupereerde, een andere patiënt werd verwijderd owv slechte therapietrouw.

Figuur 2.11 Aantal patiënten die op de wachtlijst werden geregistreerd versus het aantal patiënten die van de wachtlijst werden verwijderd en patiënten die van de wachtlijst werden gehaald omwille van recuperatie



PRIORITEITSREGELS VAN EUROTRANSPLANT OMTRENT LEVERALLOCATIE

Het (inter)nationaal allocatiesysteem voor DBD-donoren (donation after brain death) is oa gebaseerd op medische urgentie. Dit betekent dat de meest zieke patiënten prioriteit krijgen. De toewijzing van levers in de Eurotransplantzone berust sinds 2007 op de MELD-score. MELD staat voor 'Model for End stage Liver Disease'. Sinds vorig jaar wordt binnen Eurotransplant de leverallocatie niet langer bepaald door de klassieke MELD-score, maar gebeurt dit op basis van de natrium MELD-score (Na-MELD). De reden hiervoor is dat de natrium MELD-score beter de ernst van het leverlijden weergeeft, omdat een verlaagde natriumwaarde in het bloed een belangrijke voorspeller is van een slechtere prognose bij patiënten met leverfalen.

Dit scoresysteem (lab Na-MELD) is gebaseerd op 4 objectieve bloedwaarden: natrium, creatinine, bilirubine en protrombinetijd (PT oftwel INR). Het systeem probeert de patiënten naargelang de ernst van hun ziekte te rangschikken, steunend op de waarschijnlijkheid om binnen de 3 maanden al of niet te overlijden als gevolg van de leverziekte. Er zijn echter ook bepaalde aandoeningen of verwikkelingen waarbij de lab Na-MELD niet de ernst van de leveraandoening reflecteert, zoals in geval van een hepatocellulair carcinoom (HCC), polycystose, hepatopulmonaal syndroom, enz. Deze patiënten kunnen een 'Standard Exception' (SE) krijgen als voldaan wordt aan de strikte SE criteria. Als een patiënt toch een zekere voorrang moet krijgen en niet voldoet aan de vooraf bepaalde aandoeningen en/of criteria, kan men een 'Non Standard Exception' (NSE) aanvragen bij Eurotransplant na auditing door de leden van de Belgium Liver and Intestinal Committee (BELIAC). Voor patiënten die een gecombineerde transplantatie (lever-long-, lever-hart-, lever-pancreas- of lever-darmtransplantatie) nodig hebben, kan men een 'Approved Combined Organ' (ACO) aanvragen. Voor een gecombineerde lever-niertransplantatie kan dit niet. Tenslotte kunnen patiënten met een acuut leverfalen of patiënten met een dringende nood aan een retransplantatie (primary non function/PNF of een arteria hepatica trombose), een HU-status (High Urgency) toegewezen krijgen. Ook bestaat er een center allocatiesysteem. Dit allocatiesysteem wordt hoofdzakelijk gebruikt voor DCD-donoren (donation after circulatory death).

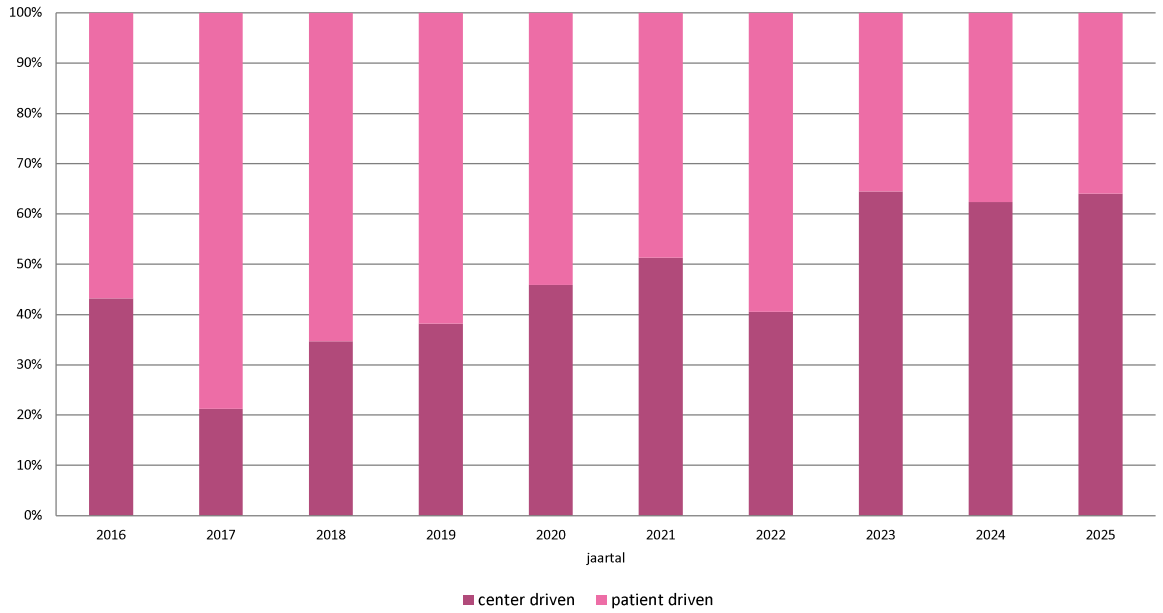
In tabel 2.2 staan het aantal patiënten die in het afgelopen decennium getransplanteerd werden volgens deze criteria. Bij de patiënten met een SE of NSE zijn ook patiënten die een lever ontvingen vanuit het center offer allocatie.

Tabel 2.2 Evolutie van de toewijzing van een lever door Eurotransplant (lab Meld, SE of 'standard exception', NSE of 'non standard exception', HU of 'high urgency' en ACO of 'approved combined organ' [2016-2025])

	LabMELD	SE	SE waarvan aanbod via center offer	NSE	NSE waarvan aanbod via center offer	HU/ACO	Center offer
2016	8	28	5	16	6	5	24
2017	16	21	1	8	2	10	11
2018	6	30	9	14	2	10	15
2019	7	25	8	20	5	9	15
2020	5	17	6	14	3	6	19
2021	9	25	10	15	5	4	25
2022	8	17	5	16	5	10	18
2023	3	18	9	15	5	11	46
2024	14	20	12	11	4	7	48
2025	10	18	11	12	5	8	57

We merken een verdere toename van het aantal levers die toegewezen worden via het 'center driven' systeem. Dit heeft voornamelijk te maken met de toename van het aantal DCD-donoren. Hierbij mag het transplantatiecentrum zelf beslissen welke patiënt de hoogste nood heeft aan een transplantatie. In 2025 werd 64% van de levers toegekend via dit systeem.

Figuur 2.12 Aantal patiënten getransplanteerd via 'patient driven' allocatie versus een 'center driven' offer (2016-2025)

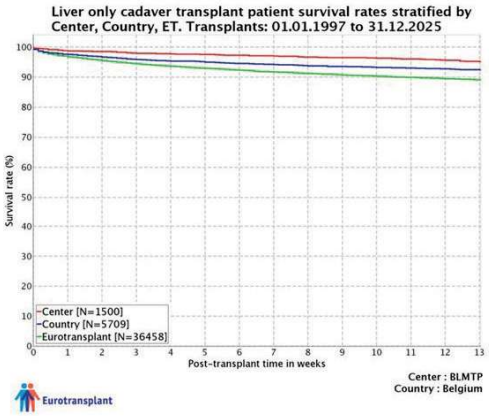


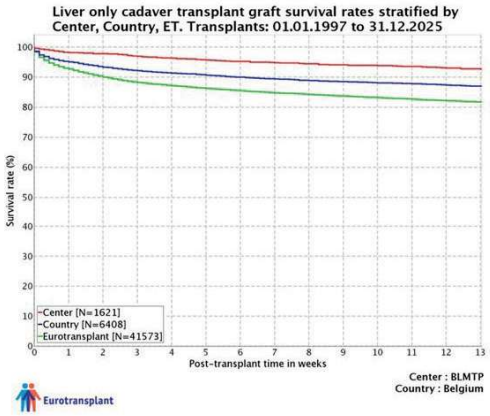
PATIËNT- EN GREFFEOVERLEVING

De perioperatieve mortaliteit in ons centrum (1990-2025) bedraagt <1%. De laatste 10 jaren zijn er slechts 2 patiënten overleden tijdens de transplantatie, 1 van deze 2 onderging een retransplantatie. De nood aan een retransplantatie <90 dagen bedraagt in ons centrum 2%.

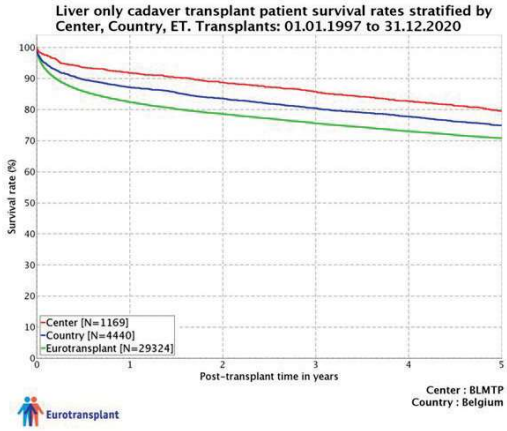
UZ LEUVEN VERSUS BELGIË EN EUROTRANSPLANT

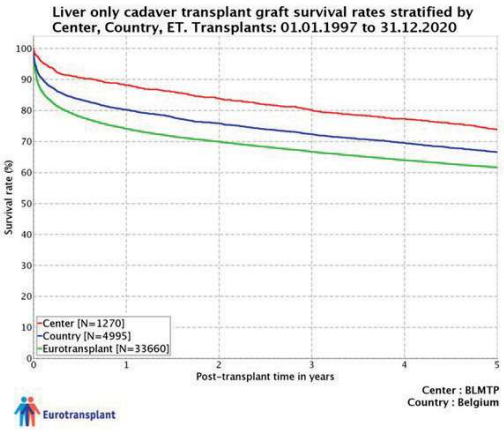
Figuur 2.13 **3 maands**patiëntenoverleving/-greffeoverleving (1997-2025 alle indicaties – solitaire levertransplantaties 'risk unadjusted'), UZ Leuven in vergelijking met Eurotransplant en België (in de cijfers van België zitten ook de resultaten van UZ Leuven vervat). De rode lijn geeft de resultaten van UZ Leuven weer - Bron: Eurotransplant





Figuur 2.14 **5 jaars**patiëntenoverleving-/greffeoverleving (1997-2020 alle indicaties – solitaire levertransplantaties 'risk unadjusted'), UZ Leuven in vergelijking met Eurotransplant en België (in de cijfers van België zitten ook de resultaten van UZ Leuven vervat). De rode lijn geeft de resultaten van UZ Leuven weer - Bron: Eurotransplant



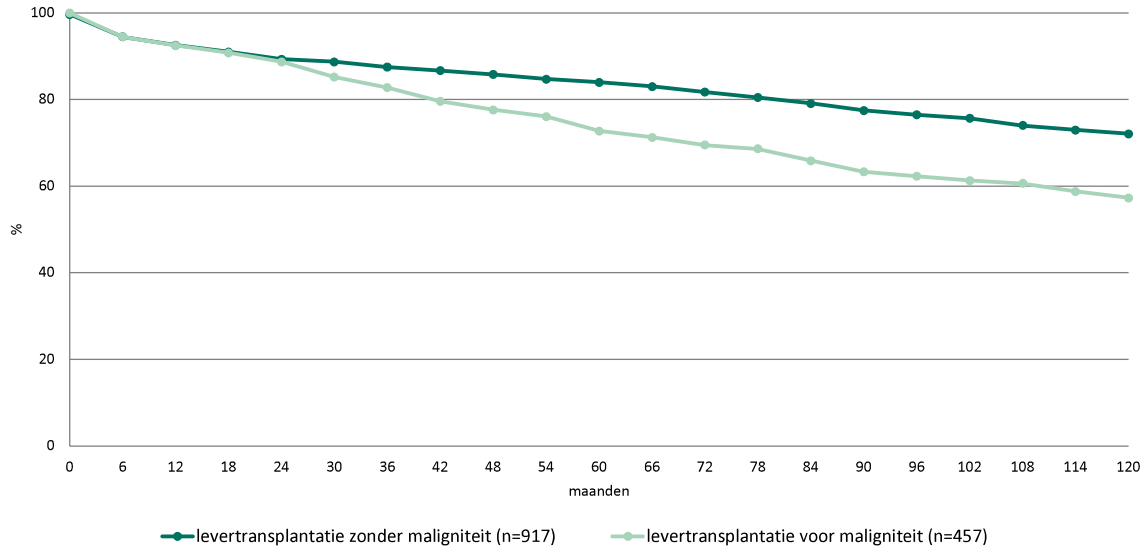


EVOLUTIE 10 JAARSOVERLEVING VAN PATIËNTEN MET MALIGNITEIT (HCC) VERSUS GEEN MALIGNITEIT

Bij patiënten getransplanteerd omwille van een HCC (in een cirrotische lever) merken we op langere termijn (10 jaar) een verschil van bijna 20% in overleving. Vanaf een 2-tal jaar na de transplantatie zien we een verschil in overleving tussen beide groepen. Dit is hoofdzakelijk te wijten aan herval van het HCC binnen de 5 jaar.

Desondanks is de 10 jaarsoverleving voor patiënten die een levertransplantatie ondergingen voor een HCC nog 57% tov 72% voor de groep zonder maligniteit.

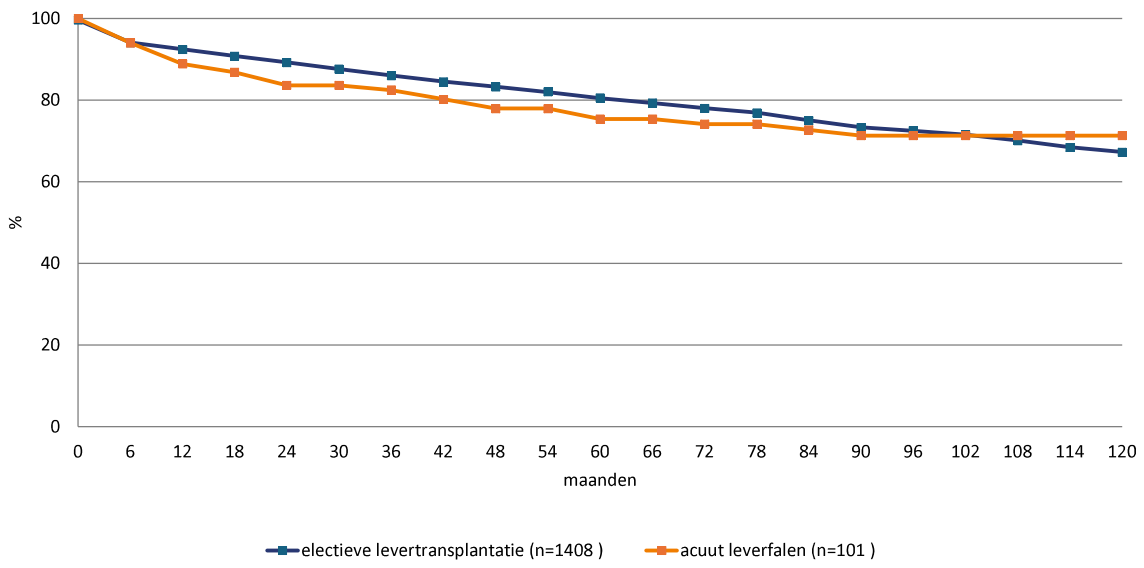
Figuur 2.15 Evolutie van de 10 jaarsoverleving van patiënten met maligniteit (HCC) versus patiënten zonder maligniteit (zonder retransplantatie, acuut leverfalen/HU en gecombineerde transplantatie)



ACUTE VERSUS ELECTIEVE LEVERTRANSPLANTATIE

Bij levertransplantatie omwille van acuut leverfalen (HU) ligt de overleving 1 jaar na transplantatie iets lager ten opzichte van een 'electieve' levertransplantatie. Op langere termijn is de overleving van patiënten getransplanteerd omwille van acuut leverfalen iets beter dan die van de 'electieve' levertransplantaties.

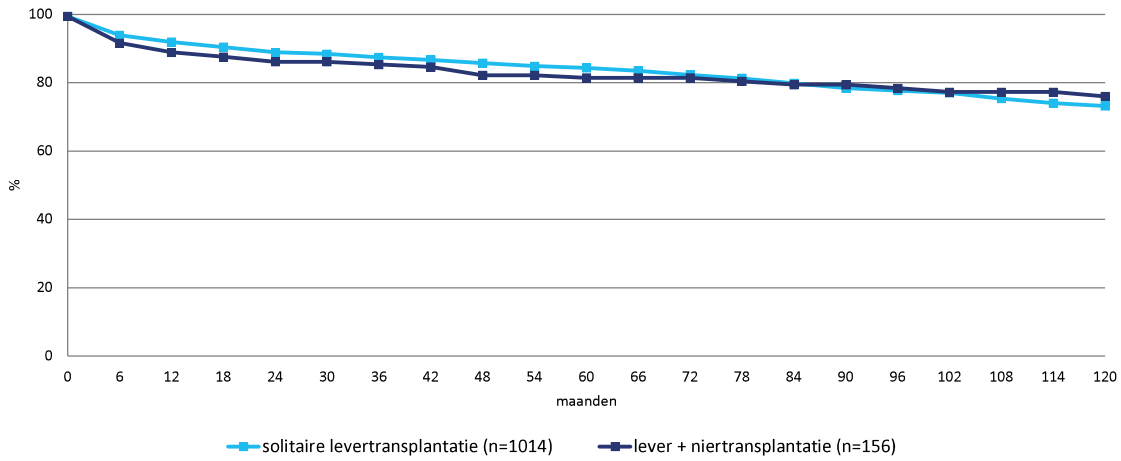
Figuur 2.16 Evolutie van de 10 jaarsoverleving voor transplantatie omwille van acuut leverfalen versus 'electieve' levertransplantatie (zonder gecombineerde of retransplantaties)



GECOMBINEERDE LEVER- EN NIERTRANSPLANTATIE VERSUS SOLITAIRE LEVERTRANSPLANTATIE ZONDER MALIGNITEIT

Er werden tot op heden reeds 237 gecombineerde levertransplantaties uitgevoerd. Vorig jaar betrof dit 13 gecombineerde levertransplantaties (10 in combinatie met een nier, 2 multiviscerale, en 1 in combinatie met een hart). De overleving van de gecombineerde lever-niertransplantaties is vergelijkbaar met de resultaten van de solitaire levertransplantaties met een 10 jaarsoverleving van 76%.

Figuur 2.17 Evolutie van de 10 jaarsoverleving voor patiënten met een gecombineerde lever-niertransplantatie versus patienten die een solitaire levertransplantatie zonder maligniteit ondergingen (voor beide groepen uitgezonderd retransplantaties, acuut leverfalen/HU en maligniteit)



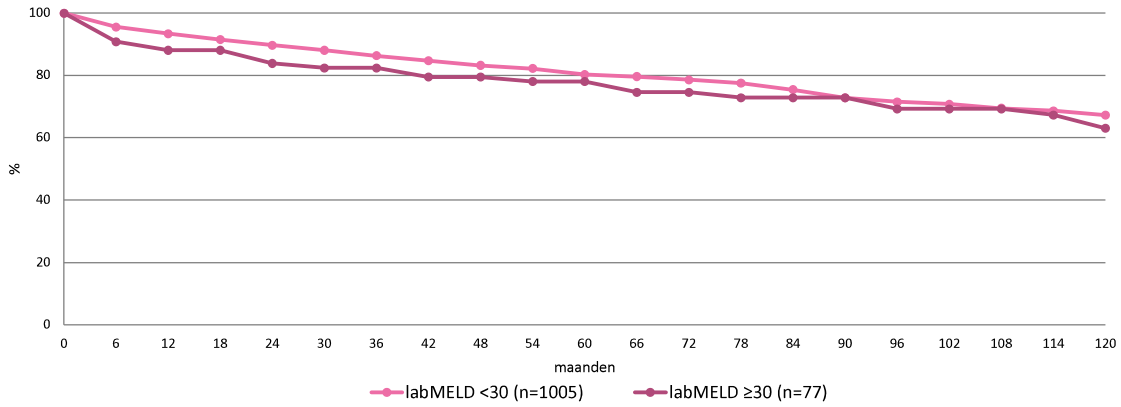
Tabel 2.3 Aantal gecombineerde levertransplantaties in UZ Leuven (1997-2025)

Gecombineerde levertransplantaties	Totaal aantal (n=237)	Aantal in 2025 (n=13)
Lever + nier	183	10
Lever + pancreas	7	
Lever + dunne darm	9	
Multiviscerale (lever + maag + pancreas + dunne darm)	8	
Multiviscerale (lever + maag + pancreas + dunne darm) + nier	2	
Multiviscerale (lever + pancreas + dunne darm)	2	2
Lever + pancreas + nier	1	
Lever + hart	7	1
Lever + hart + dubbele long	1	
Lever + dubbele long	16	
Lever + dubbele long + nier	1	

OVERLEVING NA LEVERTRANSPLANTATIE IN FUNCTIE VAN LAB MELD

Volgende curve toont de vergelijking tussen de patiënten met een MELD-score van ›30 ten opzichte van patiënten die werden getransplanteerd met een MELD-score van <30 op moment van transplantatie. De MELD-score werd geïntroduceerd in 2007. Patiënten met een retransplantatie, acuut leverfalen (HU) en gecombineerde transplantaties werden niet in de curve opgenomen. Na 1 jaar hebben de heel zieke patiënten (MELD ›30) toch nog een overleving van 88% in vergelijking met 93% voor patiënten met een MELD-score van <30. Na 5 jaar is deze overleving voor beide groepen patiënten rond 80%.

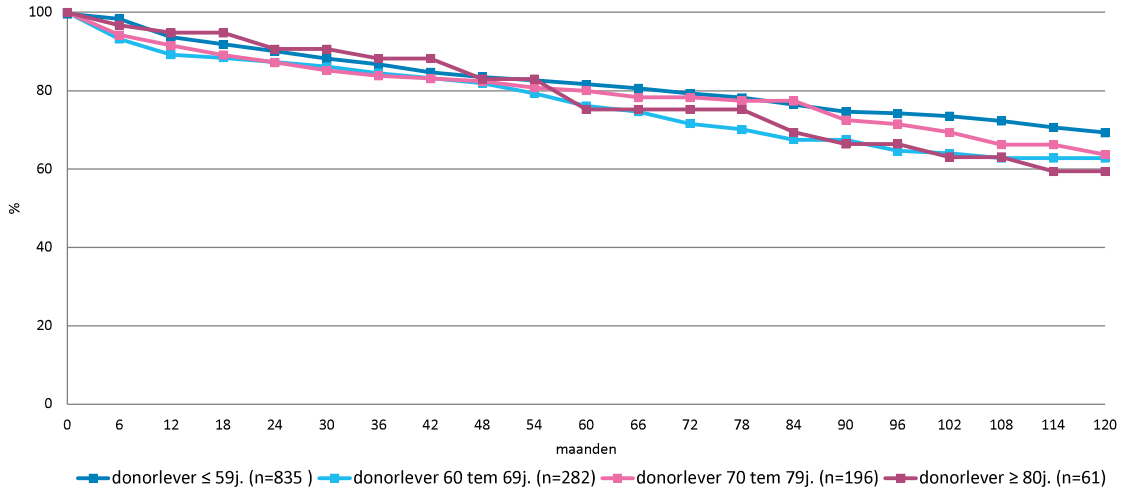
Figuur 2.18 10 jaarsoverleving van patiënten met een lab MELD van ⩾ 30 ten opzichte van patiënten met een lab MELD < 30 (uitgezonderd HU/acuut leverfalen, retransplantaties en gecombineerde transplantaties)



OVERLEVING MET ORGANEN VAN 'EXTENDED CRITERIA-DONOREN'

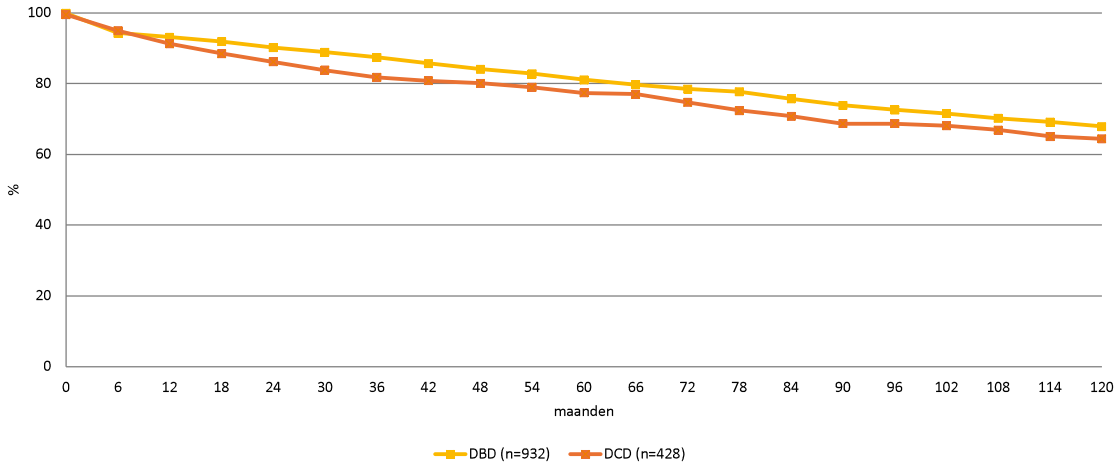
Niet alleen de gemiddelde leeftijd van de orgaanontvangers gaat in stijgende lijn maar ook zien we de gemiddelde leeftijd van onze orgaandonoren jaarlijks stijgen. Omdat de vraag naar organen nog steeds groter is dan het aanbod, doen wij steeds vaker beroep op organen van oudere donoren. Er werden in totaal reeds 66 levers getransplanteerd van donoren die ouder waren dan 80 jaar. De oudst getransplanteerde lever in UZ Leuven was een donorlever van een 94-jarige DCD-donor. Een vergelijking van de overleving van patiënten die getransplanteerd werden met een lever van oude en heel oude donoren tov patiënten die een lever ontvingen van een jongere donor (<60 jaar) wordt in figuur 2.19 weergegeven.

Figuur 2.19 10 jaarsoverleving van patiënten die getransplanteerd werden met een donorlever van <60 jaar met levers van 60-69, 70-79 en ⩾80 jaar (uitgezonderd HU/acuut leverfalen, retransplantaties en gecombineerde transplantaties)

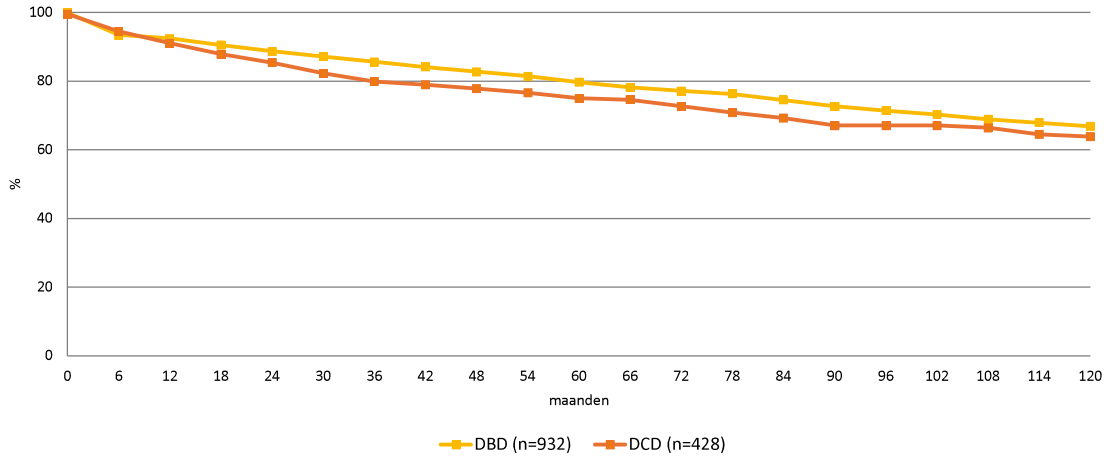


De trend van toename in transplantaties met levers van DCD-donoren zette zich in 2025 ook verder.
We transplanteerden meer dan de helft (67%) van onze patiënten met een DCD-lever in 2025. In het afgelopen jaar waren 3 van deze DCD levers afkomstig van donoren na een euthanasieprocedure.
Zowel de greffe- als patiëntoverleving zijn vergelijkbaar indien men een zorgvuldige selectie maakt van zowel donor als receptor. In deze groep is de incidentie van biliaire stricturen wel hoger, een fenomeen welk we trachten te reduceren door het gebruik van machineperfusie/-preservatie.

Figuur 2.20 10 jaarsoverleving van patiënten die getransplanteerd werden met een DCD-donorlever versus DBD-donorlever (uitgezonderd gecombineerde, retransplantaties en acuut leverfalen/HU's)



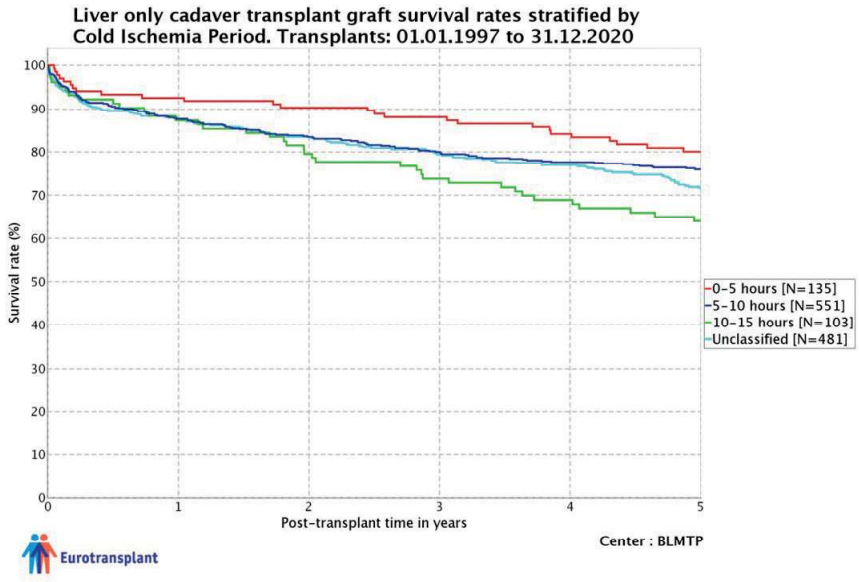
Figuur 2.21 10 jaarsgreffeoverleving van de DCD-donorlever versus de DBD-donorlever (uitgezonderd gecombineerde, retransplantaties en HU's/acuut leverfalen)



OVERLEVING NA LEVERTRANSPLANTATIE IN FUNCTIE VAN KOUDE ISCHEMIETIJD

De duur van de preservatieperiode van een orgaan voor transplantatie heeft een belangrijke impact op de overleving van de transplantatiepatiënten. We zien meer dan 15% verschil in overleving op 5 jaar tijd bij patiënten waarvan de lever <5u koud bewaard werd versus levers die >10u werden bewaard vooraleer tot transplantatie over te gaan (static cold storage).

Figuur 2.22 5 jaarspatiëntenoverleving (1997-2020 alle indicaties – solitaire levertransplantaties 'risk unadjusted') van UZ Leuven afhankelijk van de duur van de koude ischemietijd - Bron: Eurotransplant



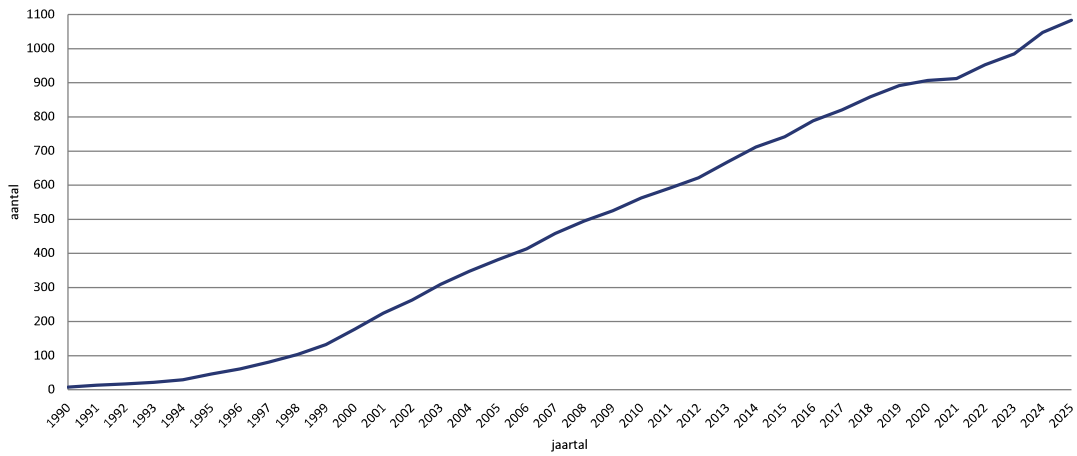
POSTTRANSPLANT FOLLOW-UP

We hebben de kaap van 1 000 levertransplantatiepatiënten in actieve follow-up bereikt in 2023 en dit aantal blijft verder toenemen, met een totaal van 1 083 patiënten die in actieve opvolging zijn na hun levertransplantatie bij ons in 2025.

Onze oudste transplantatiepatiënten (n=2) hebben de leeftijd van 91 jaar bereikt in 2025 en in totaal zijn er nu 80 patiënten die de leeftijd van 80 jaar of meer bereikt hebben.

Er zijn inmiddels ongeveer 15 patiënten die na hun levertransplantatie succesvol één of meerdere zwangerschappen hebben doorgemaakt, waarbij gezonde kinderen zijn geboren.

Figuur 2.23 Evolutie van het aantal receptoren in follow-up na levertransplantatie

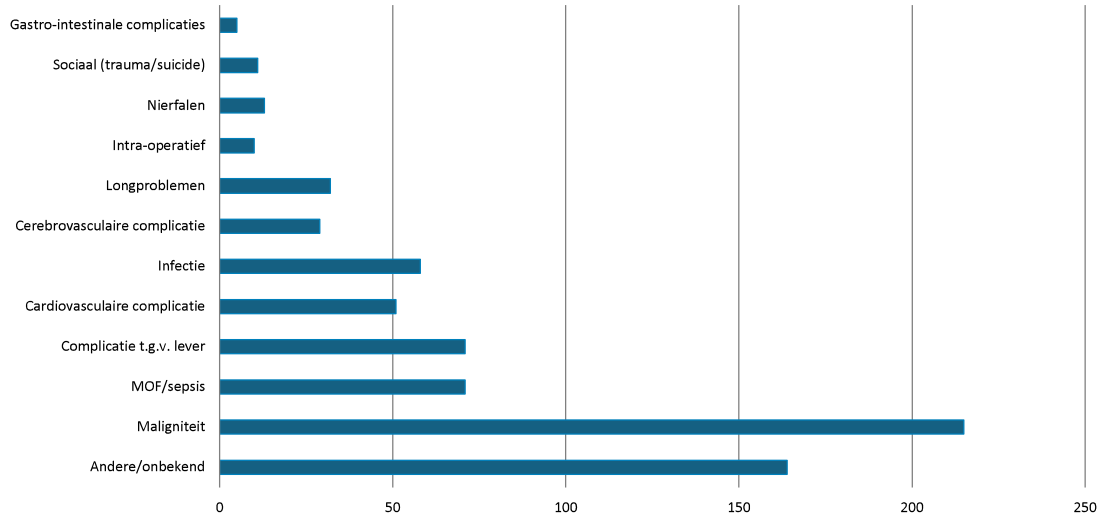


REDEN VAN OVERLIJDEN VAN ONZE LEVERTRANSPLANTATIEPATIËNTEN

Figuur 2.24 toont de reden van overlijden van onze levertransplantatiepatiënten (in follow up). De meest voorkomende doodsoorzaak is de ontwikkeling of terugkeren van maligniteit. Op lange termijn zijn maligniteiten en infecties de 2 meest voorkomende doodsoorzaken.

Na transplantatie is de kans voor het ontwikkelen van sommige maligniteiten groter oa omwille van de inname van immunosuppressieve medicatie. Ten opzichte van niet-getransplanteerde patiënten is er een verhoogd risico op huidtumoren, herval van HCC en posttransplant lymfomen (PTLD). Daarnaast verdient ook de incidentie van long- en KNO-tumoren, bij patiënten die werden getransplanteerd wegens alcoholgerelateerde cirrose, bijzondere aandacht. Deze verhoogde incidentie houdt waarschijnlijk verband met het vroegere alcohol- en tabaksgebruik binnen deze patiëntengroep.

Figuur 2.24 Reden van overlijden na levertransplantatie



PUBLICATIES

- Liver transplantation indications and strategies in polycystic liver disease: A European survey. Liver Transpl. - PMID: 40793999
- Phosphatidylethanol and ethyl glucuronide to categorize alcohol consumption in alcohol-related cirrhosis. JHEP Rep. - PMID: 40677698
- The Clinical Relevance of Prior Metabolic and Bariatric Surgery in Alcohol-Related Liver Disease in a Nationwide Belgian Liver Transplant Population. Liver Int. - PMID: 39699872
- Long-Term Outcome of Liver Transplantation for Hepatocellular Carcinoma After Bridging or Downstaging with Doxorubicin-Eluting Superabsorbent Polymer Microspheres. Cardiovasc Intervent Radiol. - PMID: 39961859
- Resin-Based Yttrium-90 Radioembolization as a Bridging or Downstaging Treatment to Liver Transplantation for Hepatocellular Carcinoma. Vasc Interv Radiol. - PMID: 39490976
- Randomized trial investigating the utility of a liver tissue transcriptional biomarker in identifying adult liver transplant recipients not requiring maintenance immunosuppression. Am J Transplant. - PMID: 39706366

- The clinical utility and safety of biomarker-guided immunosuppression withdrawal in liver transplantation: the LIFT prospective RCT. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research. - PMID: 40238953
- Deceased donor liver utilisation and assessment: Consensus guidelines from the European Liver and Intestine Transplant Association. J Hepatol. - PMID: 40189968
- The Efficacy of Ferroptosis Inhibition on Ischemia-reperfusion Injury of Abdominal Organs: A Systematic Review and Meta-analysis. Transplantation. - PMID: 40269342
- Dynamic Preservation of Donation After Circulatory Death Liver Grafts From Donors Aged 60 y and Older. Transplantation. - PMID: 39702514
- Erratum: Refitting the model for end-stage liver disease for the Eurotransplant region. Hepatology. - PMID: 39960204
- Multivisceral Transplantation as curative Treatment for patients with Diffuse Splanchnic Arterial Ischemia: a case report. Intest Fail. - PMID: 41648873
- Long-term outcomes after hypothermic oxygenated machine perfusion and transplantation of 1 202 donor livers in a real-world setting (HOPE-REAL study). J Hepatol. - PMID: 38969242
- Life Expectancy of Transplanted Livers: HOPE Against Aging? Ann Surg. - PMID: 40772946
- Long-term Follow-up After Hypothermic Oxygenated Machine Perfusion in DCD Liver Transplantation: Results of a Randomized Controlled Multicenter Trial (DHOPE-DCD). Ann Surg. - PMID: 41082480
- Home-based exercise and PHysical activity maintenance interventiOn after livEr traNsplantation: Impact of eXercise intensity (PHOENIX-Liver). Open Sport Exerc Med. - PMID: 40098918
- Long-Term Liver Machine Perfusion Preservation: A Review of Recent Advances, Benefits and Logistics. Artif Organs. - PMID: 39895504
- Understanding participation of liver transplant recipients in an exercise intervention RCT: a cross-sectional study of barriers and motivators. BMC Sports Sci Med Rehabil. - PMID: 41214814
- Home-based exercise and physical activity intervention after kidney transplantation: impact of exercise intensity (PHOENIX-Kidney). Protocol for a multicentre randomized controlled trial. Clin Kidney J. - PMID: 41215780