

La sospensione dello steroide dopo trapianto di rene: utile, necessaria o dannosa?

S. Sandrini, G. Setti

Cattedra e Divisione di Nefrologia, Università e Spedali Civili, Brescia

Riassunto

La sospensione dello steroide dopo trapianto di rene offre indubbi vantaggi: migliora la riabilitazione del paziente, ne riduce la morbilità, riduce i costi, ma ciò che più conta, riduce significativamente la mortalità per complicanze cardiovascolari ed infettive.

A tutt'oggi, il rischio di rigetto acuto ed il suo impatto sulla sopravvivenza del graft costituiscono il tallone d'Achille della sospensione dello steroide. La maggioranza dei rigetti compare entro i primi 6 mesi dalla sospensione. Un peggioramento della funzione renale è frequente ma non sempre progressivo, in questi casi può essere molto utile la biopsia renale. La maggioranza dei rigetti risponde alla ripresa dello steroide, ma l'efficacia della terapia dipende spesso dal grado del peggioramento.

Per migliorare i risultati è necessario effettuare la sospensione in modo corretto: selezionare i pazienti idonei, iniziare la sospensione non prima del 5°-6° mese dal trapianto, ridurre lo steroide lentamente, almeno in 2-4 mesi. Coloro che non svilupperanno rigetti acuti avranno maggiori probabilità di successo rispetto ai pazienti mantenuti in terapia steroidea.

Per rendere la sospensione ancora più tollerata, è opportuno associare farmaci che agiscono su diversi step della catena di attivazione linfocitaria. Abbiamo dimostrato che la CsA associata alla azatioprina risulta più efficace della sola CsA. È probabile che la CsA + MMF siano ancora più vantaggiosi come pure la CsA con RAD o rapamicina.

È possibile che l'associazione di questi nuovi farmaci permetta nel prossimo futuro di attuare la sospensione dello steroide in un numero ancora maggiore di pazienti e con minore incidenza di rigetto.

PAROLE CHIAVE: Trapianto di rene, Sospensione dello steroide, Rigetto acuto, Sopravvivenza del rene, Complicanze da steroide

Steroid withdrawal after renal transplant: useful, necessary or harmful?

ABSTRACT: *Steroid withdrawal after kidney transplant can offer many advantages: improved patient rehabilitation, reduction in morbidity and in the cost of treatment, but, more importantly, it significantly reduces patient mortality related to cardiovascular or infectious complications.*

So far, the main problem of steroid withdrawal is still the risk related to acute rejection, which arises within the sixth month after steroid withdrawal in the majority of cases. A worsening of renal function is frequent but it is not always progressive; in all these cases, a renal biopsy is mandatory. Steroid resumption is effective but the recovery of graft function can be unsatisfactory if antirejection therapy is delayed.

In order to improve the results, it is advisable to select patients steroid withdrawal order to avoid early (before 5 months) and rapid tapering of steroids (in less than 2 months). Patients without any acute withdrawal rejection episode after suspension will do better than patients on continuous steroid therapy.

To increase the success of steroid withdrawal even more, we must combine different immunosuppressive drugs to better interfere with the pathway of lymphocyte activation. In our population, the addition of azathioprine to cyclosporin significantly reduced the rate of acute rejection in comparison with cyclosporin monotherapy. It is expected that the combination of cyclosporin with micophenolate mofetil or rapamycin will further reduce the incidence of failure.

In the near future the improvement of immunosuppression will allow us to attempt steroid withdrawal in more patients with better results. (Giorn It Nefrol 1999; 16: 681-7)

KEY WORDS: *Kidney transplantation, Steroid withdrawal, Acute rejection, Graft survival, Steroid side effects*
