

Infezione da HCV e trapianto renale

A. Schena, S. Di Paolo, G. Stallone, B. Infante, G. Grandaliano, F.P. Schena

Dipartimento Emergenza e Trapianto di Organi (DETO), Divisione di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Policlinico, Università degli Studi di Bari, Bari

Riassunto

L'epatopatia cronica (EC) rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio di morbidità e mortalità nel post-trapianto e l'infezione da virus C dell'epatite (HCV) ne è la principale causa. Sono attualmente disponibili test sierologici che rilevano anticorpi specifici contro antigeni HCV ed indagini molecolari che rivelano la viremia o HCV-RNA. La sopravvivenza del rene trapiantato e del paziente, nel lungo termine, risulta essere minore nei pazienti HCV-positivi rispetto agli HCV-negativi e l'infezione rappresenta la più frequente causa di morte. Né i test di funzionalità epatica, né l'entità della viremia sono fattori predittivi di presenza o severità di malattia epatica. La biopsia epatica, perciò, risulta essere essenziale per stabilire l'impatto dell'infezione cronica da HCV. I rilievi istopatologici indicano che l'evoluzione della malattia epatica nel paziente nefro-trapiantato è caratterizzata dal prevalere di una progressiva fibrosi. La limitata efficacia dell'Interferon- α nei pazienti trapiantati, associata al suo alto costo e all'elevato rischio di rigetto acuto e di effetti collaterali, suggerisce di trattare i pazienti dializzati con epatite cronica HCV correlata prima del trapianto. Attuali evidenze suggeriscono che i pazienti uremici HCV positivi con diagnosi istologica di EC dovrebbero essere sottoposti a trattamento antivirale specifico e, possibilmente protratto (Interferon- α + ribavirina per 6-12 mesi) prima di valutare la possibilità di un trapianto renale.

PAROLE CHIAVE: HCV, Trapianto renale, Prognosi, Terapia

HCV infection and renal transplantation

HCV infection is the most common cause of chronic liver disease (CLD), which strongly affects the morbidity and mortality of kidney transplanted patients. Its routine diagnosis relies on the finding of circulating antibodies against specific HCV structural proteins, as well as on the measurement of HCV-RNA by RT-PCR. In the long term, both graft and patient survival is worse in HCV-positive patients, compared to HCV-negative renal transplant recipients. Neither biochemical liver function tests nor the amount of viremia can predict the diagnosis of CLD and its severity. Therefore, liver biopsy is the only reliable tool to evaluate the impact of chronic HCV infection on liver structure and function. Histopathological findings demonstrate that the progression of liver damage in HCV-positive kidney transplanted patients is mainly characterized by a prominent fibrosis. Available evidence suggests that HCV-positive uremic patients with histological diagnosis of CLD should undergo specific and, possibly, protracted anti viral treatment (IFN- α +ribavirine for 6-12 months) before being evaluated for kidney transplantation. (Giorn It Nefrol 2001; 18: 735-44)

KEY WORDS: HCV infection, Kidney transplantation, Outcome, Treatment